Nr. 38. 21. września 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Aleksander BAUROWICZ. Kraków.

Leczenie zwężeń krtani i tchawicy.

Jedną z największych trosk mającego w leczeniu stałym przypadki schorzeń górnych dróg oddechowych, są chorzy z przewlekłemi zwężeniami w zakresie krtani i tchawicy. Przypadki zwężeń ostre, o ile nie nadawały się do zastosowania intubacji i wymagały rozcięcia tchawicy, tą troską nie są, jeżeli w danym przypadku możemy się spodziewać, iż po pewnym czasie, ostra sprawa chorobowa, będąca przyczyną zwężenia, przy odpowiedniem leczeniu ustąpi. Troską są zwężenia następowe, które opierają się wszelkim sposobom leczenia dalszym, jak stosowaniu rozszerzania czy to drogą naturalną czy przez przetokę tchawiczą obok wkraczania operacyjnego i mimo tego nie prowadzą do usunięcia zwężenia, uwieńczonego usunięciem kaniuli. Są to przypadki zwężeń częściej w zakresie krtani samej, jak zwężenie krtani po przebytem zapaleniu ochrzęstnej, po przebytej błonicy krtani, przypadki pochodzenia urazowego, wreszcie po ciężkich zmianach kiłowych.

Twardziel, dostarczająca największą ilość przypadków zwężenia w zakresie krtani, tchawicy wreszcie oskrzeli głównych, znalazła w zastosowaniu do leczenia promieni X, tak dzielny środek leczniczy pomocniczy, iż o ile chorzy nie zaniedbają zbyt późnego zgłoszenia się, działaniem promieni X i stosowaniem sposobów rozszerzania drogą naturalną obok wkraczania, nieraz operacyjnego, zabiegi nasze zostają uwieńczone efektem usunięcia zwężenia, a rozcięcie tchawicy w przypadkach twardzieli, staje się coraz rzadziej potrzebne. Tam, gdzie musiało być zrobione, choćby dlatego, iż nie umiano, czy nie można było zastosować innego sposobu leczenia, przecież uwolnienie chorego od potrzeby noszenia kaniuli tchawiczej zostaje w końcu uskutecznione z wdzięcznością chorego, z których każdy chodzenie z kaniulą, choćby i stale przytkaną, przecież uważa za przykre kalectwo.

Gdy w początkach roku 1919 znalazłem możność rozporządzania materjałem chorych stałych, oddałem się z całą energją leczeniu przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy, zastając ciężki przypadek zwężenia krtani pourazowego, inny w następstwie przebytej zmiany kiły trzeciorzędnej, dalej zwężenia po przebytej błonicy krtani i po zapaleniu ochrzęstnej krtani.

Gdy sposoby rozszerzania, nawet obok zabiegów operacyjnych, często nie wystarczają a nadto ogromnie przedłużają czas leczenia, postanowiłem zastosowanie do leczenia wkładanie do krtani względnie tchawicy, przy obecności naturalnie przetoki tchawiczej, kaniul w kształcie podobnym do litery T, o krótkim ramieniu prostopadłym o wydłużonych ramionach poziomych w obu kierunkach, w ulepszeniu Mikulicza i Kümmela. Ulepszenie to polegało na tem, iż górna część kaniuli, leżąca w świetle krtani miała przekrój trójkątny stosownie do budowy wnętrza krtani a co ograniczyłem do ściany przedniej, pozostawiając przejście na ścianę tylną zaokrąglone a nadto pozostawiłem z dawnego wzoru ramię poziome otwarte a nie pełne, jak w oryginalnych modelach M. K. To ostatnie ma wielkie znaczenie praktyczne, gdyż umożliwia w każdej chwili oddech przez otwór w tchawicy a w razie zatkania się światła kaniuli, łatwość usunięcia przeszkody dla dostępu powietrza drogą naturalną. Kaniule z otwartym ramieniem poziomym były robione zazwyczaj z kauczuku i jak wspomniałem, miały zastosowanie już dawniej, a ważną w nich zmianą na korzyść ostatecznego wyniku leczenia, był ich kształt trójkątny w części górnej, leżącej w zakresie krtani.

Zastosowanie przez M. K. do wyrobu kaniul szkła, uprzystępniło wytwór kaniuli na miejscu, o ile znalazło się pracownika, któryby umiał robić w materjale ze szkła, mając naturalnie do dyspozycji rurki szklane o stosownem świetle. W oznaczaniu szerokości kaniul, stosownie do wieku osobnika, trzymałem się skali kaniul tchawiczych zwyczajnych, metalowych, wyrabianych przez fabryki wiedeńskie, które robią prawidłowo pięć numerów kaniul, oznaczając je liczbą porządkową od 1—5 względnie 6, biorąc za szerokość wraz z grubością ścian kaniuli 7—11 mm względnie 12 mm. Ponieważ na grubość ściany odpada 1 mm., rzeczywiste więc światło kaniul zwykłych jest 6—10 mm względnie 11 mm, co i przy dobraniu materjału szklannego znalazło zastosowanie, by nie zmniejszając światła kaniul, szerokość kaniul wraz ze ścianami pozostawić 7 do 11 względnie 12 mm. Szerokość głośni, według wymiarów anatomicznych, wynosi u osesków 5—6,5 milim. u dzieci 8—10, u kobiet 10—13 a u mężczyzn 13 do 15 mm. Wysokość ramienia poziomego ustalono na 15 mm.

Pisząc raz w sprawie oznaczania szerokości kaniul tchawiczych, zaproponowałem oznaczanie kaniul nie liczbą porządkową, ale liczbą odpowiadającą rzeczywistej szerokości kaniuli i dając robić kaniule szklanne, przez które rozumię tylko kaniule w kształcie litery T, gdyż kaniule prawidłowe, które muszą być złożone z dwóch części, kaniuli zewnętrznej i kaniuli wewnętrznej, nie nadają się do wyrobu z materjału szklannego, zastosowałem oznaczenie ich, według szerokości rzeczywistej i mówić będę stale o szerokości milimetrowej.

Ponieważ przetoka tchawicza, zawierająca ramię poziome kaniuli, miała stale odpowiadać okolicy rozcięcia tchawicy górnego a więc pierwszych dwóch do trzech chrząstek tchawiczych, wysokość kaniuli ku górze względnie długość jej ku dołowi od przetoki, ujęte zostały w pewien system liczbowy, stosownie do wysokości krtani zależnej od wieku osobnika, tak, by górny koniec kaniuli odpowiadał zatokom bocznym krtani. Gdzie jednak zwężenie krtani zajmowało jeszcze wysokość strun fałszywych, względnie dolną część wejścia do krtani, tam wysokość ustalona od 18 do 22 względnie 23 mm okazała się za małą, dla tych przypadków potrzeba było mieć kaniulę o szczególnej wysokości. I znowu na odwrót, tam gdzie dolne ramię kaniuli, ze względu na umiejscowienie zwężenia tchawicy, musiało być przedłużone ku dołowi, długość ku dołowi, oznaczona dla wszystkich na 20 mm, mogła się okazać za niewystarczająca; i te przypadki wymagały kaniul szczególnej długości, przy zresztą ewentualnie prawidłowej wysokości, gdyż przetokę tchawiczą zakładano stale na wysokości odpowiadającej górnemu rozcięciu tchawicy. Nawet w przypadkach, gdzie przy rozcięciu tchawicy zastosowano okolicę dolnego rozcięcia tchawicy, przy wszywaniu kaniuli szklannej, przemieszczano przetokę tchawiczą ku górze, w okolicę górnego rozcięcia tchawicy.

By móc założyć kaniulę szklanną, musimy rozciąć krtań, przyczem wycinamy czy nacinamy części, zwężające nam światło krtani a nadto rozcinamy tchawicę od przetoki tchawiczej ku dołowi na tej długości, jaką nam jest potrzebna do założenia górnej części kaniuli szklanej, poczem po przytkaniu ramienia poziomego i przekonaniu się, iż operowany oddycha swobodnie drogą naturalną, łączę brzegi rany po rozcięciu krtani względnie tchawicy ku dołowi, szwami sto sownie głębokiemi, nie szyjąc jednak nigdy przez chrząstkę. Zabieg stale wykonywam w znieczuleniu miejscowym zewnętrznym jak i po rozcięciu wprost na śluzówkę a tylko wyjątkowo u osobników zbyt młodych lub bardzo wrażliwych zastosowuję uśpienia ogólne; pierwsze jednak ma tę wyższość, że ułatwia nam skontrolowanie swobody oddechu drogą naturalną, bezpośrednio po założeniu kaniuli. Wyjątkowo ułożenie odpowiednie górnego końca kaniuli wygodnie nam skontrować palcem, wprowadzonym przez usta operowanego.

Kaniulę szklanną wprowadza się naprzód ku dołowi a w celu ułatwienia wprowadzenia górnej części kaniuli, posługują się wązką łopatką o wklęsłej powierzchni krzywizny

esowatej, po której to powierzchni wsuwa się górny koniec kaniuli, unosząc przytem nieco głowę operowanego ku przodowi, na właściwe miejsce ułożenia odpowiadające wysokością zatokom krtani i wewnętrznej powierzchni szypułki nagłośni. Może się jednak zdarzyć, zwłaszcza jeżeli nie posługujemy się wspomnianą wklęsłą łopatką, iż górny koniec kaniuli dostanie się na zewnętrzną powierzchnię szypułki nagłośni, w przestrzeń między nagłośnią a kością gnykową, w czem orjentujemy się odrazu, gdyż oddech drogą naturalną jest niemożliwy. Wyjątkowo w przypadkach wysokiego stopnia niedrożności krtani lub nawet całkowitego zaciśnienia jej światła, w celu utorowania sobie właściwej drogi naturalnej, musiałem posługiwać się odszukaniem światła krtani od góry. Tu pomocną bardzo okazała się rurka ze sprężyną, służąca do wprowadzania tamponu do jamy nosowo gardłowej, znana pod nazwą rurki Béloc'a. Po wprowadzeniu pod kontrolą palca rurki do przedsionka krtani, wypycham sprężynę ku okolicy odpowiadającej światłu krtani a mając już sprężynę widoczną w ranie operacyjnej, rozwartej rozumie się hakami, po tylnej powierzchni sprężyny, przesuwało się wspomnianą łopatkę wklęsłą, względnie udawało się i bez tejże wsunięcie górnego końca kaniuli do właściwego ułożenia.

Już przy wszyciu pierwszych kaniul szklanych, przy badaniu lusterkiem krtaniowym, zauważyłem, iż przednia część kaniuli stercząca w świetle krtani, opiera się zanadto na szypułce nagłośni, co stawało się powodem tworzenia się w tem miejscu obrzmienia śluzówki, a nawet ziarniny, co przesłaniało przednią część kaniuli i utrudniało nawet dostęp powietrza do wnętrza kaniuli. A gdy wziąłem do ręki obrazy anatomiczne, okazujące przekrój krtani i tchawicy w wymiarze strzałkowym, względnie preparat anatomiczny podobnego przekroju, zauważyłem, iż przednia powierzchnia wnętrza krtani w stosunku do tchawicy, nie jest linją prostą ale z przedłużeniem tchawicy tworzy odchylenie ku tyłowi, co tłumaczyło, dlaczego górny koniec kaniuli opiera się o powierzchnię szypułki nagłośni. W tym celu poleciłem przy wykonaniu kaniul szklannych, odchylenie jej górnej części ku tyłowi, według kąta odchylenia od prostej będącej przedłużeniem tchawicy, wynoszącego około 10^0, co stanowi mój własny pomysł. Przy najbliższej sposobności przekonałem się, jak ta zmiana linji kaniuli zastosowana do właściwej linji anatomicznej krtani i tchawicy, odpowiedziała właściwemu ułożeniu kaniuli, przez co uniknęło się już nadal, w dalszych przypadkach, przesłaniania przedniej części górnego końca kaniuli szypułką nagłośni i nigdy już w tem miejscu nie tworzyło się zgrubienie czy ziarnina a chorzy mieli zupełnie swobodny oddech. Przez odchylenie górnej części kaniuli ku tyłowi, na tylnej powierzchni kaniuli powyżej odejścia ramienia poziomego kaniuli, powstał kąt nachylenia o wygięciu łukowatem, odpowiadający przy ułożeniu kaniuli, granicy tylnej ściany wnętrza krtani i tchawicy. Ułożenie takie kaniuli, odpowiedziało dopiero prawidłowym warunkom anatomicznym, przez co uniknęło się ugniotu przez kaniulę na tylną ścianę krtani i ułatwiło wyrabianie się, przez noszenie kaniuli, światła krtani i tchawicy, odpowiadającego prawidłowym warunkom anatomicznym. W ten sposób zmiana przezemnie zastosowana okazała podwójną zaletę. Łukowate nieznaczne wygięcie samej tylnej powierzchni kaniuli, odpowiadające wypukleniu chrząstki obrączkowej, zastosował też Kümmel, ale tylko przy kaniulach dłuższych.

Według załączonego rysunku kaniul z oznaczeniem światła tychże, wraz z odchyleniem ku tyłowi i zaznaczeniem nachylenia, jako linji wklęsłej na tylnej ich powierzchni, wyrabiają je tutejsze wytwórnie wyrobów ze szkła pod firmą A. Rutkowski i Kwast.

Sądzę jednak, iż według rysunku, podejmie się każdy umiejący pracować w szkle dla celów fizycznych, zrobienia takich kaniul na miejscu, co ma niewątpliwą wartość dla przypadków wymagających szczególnego przedłużenia kaniuli ku górze a jeszcze częściej gdy zajdzie do tego potrzeba przedłużenia jej długości ku dołowi.

Doświadczenie moje własne w zastosowaniu kaniul szklannych, opiera się dotychczas na dziewiętnastu przypadkach, z których w siedmiu uwieńczone zostało w końcu usu-



nięciem kaniuli na stałe i zaszyciem przetoki tchawiczej, inne są jeszcze w leczeniu a niektórzy chorzy zadowoleni z oddychania drogą naturalną przez kaniulę szklanną, nie chcą się zdecydować w każdym razie na próbę wyjęcia kaniuli i wolą pozostać z kaniulą, co im nie przeszkadza, nawet w ciężkiej pracy. Powtarzam, wyjęcia kaniuli na próbę, gdyż po wyjęciu nie zawsze wypadnie zdecydowanie się na pozostawienie chorego bez kaniuli i niekiedy, gdy światło krtani względnie tchawicy jest jeszcze niedostatecznie szerokie, wypadnie nam wszyć kaniulę ponownie, szczególnie z zastosowaniem szerszego światła a dotyczy to osobników młodych, będących

w rozwoju, by stosownie do wieku w danej chwili, zmienić na razie kaniulę na szerszą. Najkrótszy czas, na jaki zostawiam kaniulę wynosi sześć miesięcy, ale to tylko w korzystnych przypadkach chorobowych, bo zresztą zostawiam kaniulę przez dwanaście i ośmnaście miesięcy, przekonawszy się, że im chorzy dłużej pozostali z kaniulą, tym bardziej doczekaliśmy się końcowego efektu dekaniulacji. Dziś opierając się na doświadczeniu z obserwacji pięcioletniej, mogę wynikami leczonych przezemnie przypadków, podzielić się z gronem pracowników zawodowych, rozporządzających materjałem stałym, w celu zachęcenia ich do zastosowania przez nich sposobu leczenia zwężeń krtani i tchawicy, wszywaniem kaniul szklannych w mojej odmianie.

W celu wyjęcia kaniuli, musimy rozciąć z powrotem krtań i cięcie w dół od przetoki tak przedłużyć, by po rozszerzeniu dolnego odcinku rany hakami ostremi, zesunąć się dało kaniulę ku dołowi a wtedy, po rozwarciu hakami górnego odcinka, wchodzimy zakrzywionym łukowato zgłębnikiem rowkowanym do światła górnego końca kaniuli, uwalniamy jej koniec i usuwamy w ten sposób kaniulę.

Rewizja dokładna wnętrza krtani i tchawicy decyduje, czy wyrobienie się światła jest na tyle wystarczające, by zostawić dany przypadek bez kaniuli, czy wypadnie założenie kaniuli z powrotem, ewentualnie o szerszem świetle. Po usunięciu kaniuli zostawiam ranę pooperacyjną bez szwów, czekam dni kilka na zbliżenie się brzegów przetoki ku sobie, by wreszcie zeszyć przetokę. Zeszywam przetokę w ten sposób, iż po okrwawieniu wewnętrznego brzegu przetoki, podminowuję obustronnie skórę z tkanką podskórną tak głęboko, dopóki w ten sposób wytworzone płaty skórne, brzegami swemi nie dadzą się z łatwością do siebie przybliżyć i kończę założeniem kilku szwów węzełkowych.

Materjał szklanny, z którego zrobiono kaniule, musi być pierwszorzędny a choćby przy wyjmowaniu kaniuli ułamał się jej koniec górny, nie będzie, to miało znaczenia. Musimy naturalnie mieć kaniule szklanne w dostatecznym zapasie, o ile zajdzie potrzeba pozostawienia kaniuli nadal, gdyż dopieco co wyjęta kaniula musi z powodu osadu na jej ścianie wewnętrznej, ulec dokładnemu oczyszczeniu. Tworzenie się osadu zresztą jest niejednakowe, tak iż nieraz kaniula noszona dłużej ma mniej osadu, jak w innym przypadku noszona krócej.

Na ogół chorzy noszący kaniule szklanne, odkrztuszają swobodnie, a jeżeli gromadzi się gdzie wydzielina, to w miejscu odejścia ramienia poziomego kaniuli a wtedy co pewien czas, po wyjęciu zatyczki gumowej, przytykającej zewnętrzny otwór kaniuli, łyżeczką usuwamy z łatwością nagromadzoną wydzielinę. Nie wolno przytem zostawiać chorego bez kaniuli przytkanej, bo wtedy zacznie wydzielina w rurce wysychać; chory o ile nosi kaniulę szklanną, musi oddychać przez usta, czem właśnie zapobiega zasychaniu wydzieliny w kaniuli. Głos chorych przez czas noszenia kaniuli, jest ochrypły, gdyż chorzy tacy fonują strunami fałszywemi a tam gdzie koniec kaniuli przechodzi płaszczyznę strun fałszywych, tam głos jest bardziej przyciszony, — zupełnie jednak zrozumiały w mowie.

Dziewiętnaście przypadków leczonych przezemnie przedstawiają się następująco: Największą ilość, bo aż 9 przypadków dostaczyło nam zwężenie krtani w następstwie błonicy krtani, 5 przypadków zwężenia, miało przyczynę w przebytem zapaleniu ochrzęstnej krtani, 3 przypadki były pochodzenia urazowego i po 1 wreszcie przypadku, raz w następstwie przebytej kiły trzeciorzędnej krtani, drugi raz na tle twardzieli.

Przypadki zwężeń krtani, różnego stopnia, aż do prawie zupełnej niedrożności krtani, względnie jej okolicy podgłośniowej, pochodzenia błoniczego, należało w większości przypadków odnieść do założenia kaniuli w obręb krtani, przez rozcięcie chrząstki obrączkowej i te opierały się bardzo wszystkim następowym zabiegom mającym za cel usunięcie kaniuli. Tam gdzie kaniulę założono w obręb tchawicy, zwężenie okolicy podgłośniowej dało się łatwiej usunąć sposobem rozszerzania ;o ile nie ustąpiło samo, tam gdzie zastosowałem wszycie kaniuli szklanej, miałem wynik pomyślny najwcześniej. Niekiedy zwężenie było podwójne, bo tak okolicy podgłośniowej jak i w zakresie przetoki tchawiczej a te były szczególnie efetowne przy leczeniu kaniulą szklanną.

Rozcięcie tchawicy, we wszystkich przypadkach, dotyczyło dzieci między 2 a 4 rokiem życia i z tych przypadków cztery po leczeniu wszyciem kaniuli szklannej, zostało już wyleczonych, a w jednym przeszło się po usunięciu kaniuli szklannej 9 mm, po 13 miesiącach noszenia, gdzie nie zgodzono się na dalsze jej pozostawienie, a gdzie światło krtani nie było jeszcze wystarczające i należało włożyć kaniulę szerszą, do zastosowania kaniuli kominkowej metalowej Koschier'a. O losach dalszych tego przypadku, dotyczącego osobnika liczącego lat 11, na razie bliżej nie wiadomo. Cztery przypadki pozostałe są w dalszem leczeniu z kaniulami szklannemi i z tych jeden dotyczy osobnika liczącego obecnie lat 19, drugi lat 16 z pozostałych dwóch, jeden liczy lat 5 a inny liczył lat 8. O losach jednak dalszych tego ostatniego nic nam nie wiadomo, gdyż od marca roku 1921, kiedy opuścił klinikę z kaniulą szklanną, nie zgłosił się już więcej.

Z czterych pierwszych przypadków ostatecznie wyleczonych, czas, jaki upłynął od rozcięcia tchawicy, aż do usunięcia zwężenia, wynosił raz lat 13, z tego na noszenie kaniuli szklannej przypadło 26 miesięcy, z jedną zmianą na kaniulę szerszą, drugi raz lat 13, a na noszenie kaniuli szklannej 22 miesięcy, trzeci raz lat 5, a 18 miesięcy kaniuli szklannej, wreszcie $1^1/_2$ roku, a 12 miesięcy kaniuli szklannej. Oba ostatnie przypadki miały dlatego tak korzystny przebieg, co do czasu trwania leczenia, iż w przypadkach tych było zrobione rozcięcie tchawicy dolne; zwężenie to było wyłącznie zależne od przebytej błonicy krtani, która pozostawiła po sobie zgrubienia podgłośniowe, gdzie jednak leczenie rozszerzaniem drogą przetoki, zawiodło.

Naturalnie, iż będziemy mieli szereg przypadków, gdzie po bezcelowej intubacji ale i bez niej zrobione rozcięcie tchawicy, po kilku tygodniach noszenia kaniuli zwykłej, gdy obrzmienia w krtani ustąpią, względnie tworzącą się ziarninę usunie, bez trudności uda się zostawić chorego bez kaniuli, ale tam gdzie wytworzyło się zwężenie trwałe, zastosowanie odrazu leczenia wszyciem kaniuli szklannej, skraca bardzo czas leczenia. Miałem tego szczególne dowody w wspomnianych przypadkach, leczonych innemi sposobami przez szereg lat i to bez skutku, za który nie można uważać dojście do tego stopnia poprawy, iż kaniule, noszono przytkaną, choćby stale, tak przez dzień, jaki przez noc, ale te, gdzie można było pozostawić chorego bez kaniuli i wreszcie zaszyć przetokę tchawiczą.

Szczególnie dobre rokowanie będzie w przypadkach po ostrem zapaleniu podgłośniowem krtani, nie mających nic wspólnego z błonicą, chyba podobne objawy i gdzie również, nieraz zwłaszcza po bezskutecznej intubacji, zrobić musimy rozcięcie tchawicy.

Z pięciu przypadków zwężenia krtani w następstwie zapalenia ochrzęstnej krtani, głównie z przyczyny duru brzusznego, wyłączyć może należy jeden przypadek, w którym według wywiadów miał chory po przebytem durze brzusnym, przez dwa tygodnie, uczuwać bóle przy przełykaniu i coraz bardziej zwiększające się utrudnienie oddechu, a gdzie założono kaniulę do krtani, wykonując rozcięcie płyt chrząstki tarczykowej. W przypadku tym, choć w 5 miesięcy później, przemieszczono kaniulę do tchawicy, przecież zwężenie wysokiego stopnia w obrębie samej głośni, należało raczej odnieść do nieszczęsnego założenia kaniuli do krtani, zamiast do tchawicy i uznać przypadek, jako pochodzenia urazowego. W przypadku tym z powodu niedrożności krtani, nie można było stwierdzić ruchomości jednej czy obu połów krtani a przy zabiegu operacyjnym ograniczono się do utorowania drogi do przedsionka krtani z założeniem kaniuli szklannej 11 mm; losy tego przypadku od przeszło roku nie są mi dalej znane, gdyż chory nie zgłasza się więcej.

Cztery przypadki były niewątliwie następstwem przebytego duru, trzy razy brzusznego a raz duru plamistego, z tego trzy razy było zwężenie wyrazem przebytego zapalenia ochrzęstnej chrząstki obrączkowej i nalewkowej jednostronnego, a raz obustronnego. W jednym z tych przypadków jednostronnych, po bezskutecznem leczeniu innemi spo-

sobami, jak rozcięcie krtani, wycięcie zgrubień podstrunowych i następowe rozszerzania przez przetokę tchawiczą względnie drogą naturalną, zostawiono chorego przez 21 miesięcy z kaniulą szklanną, którą wreszcie usunięto. W przypadku tym stwierdzono dostateczną drożność krtani dla swobodnego oddychania i chory ten z przetoką tchawiczą nie zaszytą, usunął się od dalszej kontroli; niewątpliwie jednak należy go uważać za wyleczonego ze zwężenia krtani.

Inny przypadek po przebytem zapaleniu ochrzęstnej jednostronnym, nosi kaniulę szklanną już półtrzecia roku i tak jest zadowolony mogąc pracować jako palacz kolejowy, iż na usunięcie kaniuli, co zresztą może byłoby tylko próbą, zdecydować się nie chce.

Trzeci z jednostronnych zapaleń ochrzęstnej, po z górą roku noszenia kaniuli szklannej, musiał pozostać z kaniulą zwykłą, z powodu niewystarczającej drożności, a żałuję, iż nie założyłem kaniuli szklannej z powrotem, której choćby noszenie stałe, byłoby mniejszem kalectwem, jak noszenie kaniuli zwykłej, która zresztą dla oddychania drogą naturalną była w danym przypadku nie wystarczającą. Chory niestety nie zgłosił się więcej.

Wreszcie ostatni przypadek zwężenia po przebytej sprawie zapalnej obustronnej, przy prawie zupełnie zniesionej drożności krtani, mimo wycięcia części zwężających, nie dawał nadzieji możności usunięcia kaniuli w przyszłości. Choremu temu umożliwiłem jednak przez założenie kaniuli szklannej swobodny oddech drogą naturalną, ułatwienie w pracy zawodowej rolnictwie i możliwość posługiwania się głosem, co pierwiej było niemożliwem, przy tak znacznem zwężeniu krtani.

Wogóle zwężenie krtani po przebytem zapaleniu ochrzęstnej chrząstki obrączkowej i nalewkowej, choćby jednostronnem, opiera się wszelkim sposobom leczenia i rzadko udaje się w tych przypadkach usunięcie kaniuli na stałe a zadowalamy się, gdy chory może pozostać z kaniulą przytkaną, choćby przez dzień cały. Choć niewątpliwie udać się nam może wyleczyć przypadek na trwałe, zwłaszcza przy skombinowaniu rozszerzania z zabiegiem operacyjnem, a mianowicie wykonanym rozcięciem krtani i usunięciem części zwężających światło krtani.

Dobry natomiast wynik leczenia spodziewać się można po przebytem zapaleniu chrząstki obrączkowej samej, w którym i zwykłe sposoby leczenia rozszerzaniem, mogą doprowadzić do usunięcia zwężenia.

Z trzech przypadków zwężenia krtani pochodzenia urazowego, w jednym po wybuchu flaszki z karbidem wskutek uderzenia kamieniem o flaszkę, odłamki szkła uderzyły w okolicę krtani. Natychmiast po doznanym urazie, wystąpiło utrudnienie oddechu i krwioplucie, tak iż następnego dnia musiano wykonać rozcięcia tchawicy. Chory zbadany w kilka dni później, okązywał zupełną niedrożność krtani, z powodu znacznego obrzmienia okolicy podgłośniowej, a przy badaniu od góry spostrzeżono pod strunami strzępy rozerwanej śluzówki, zdaje się w następstwie złamania chrząstki obrączkowej. W przypadku tym, po bezskutecznym leczeniu, tak operacyjnym drogą rozcięcia krtani, jak i następowemi sposobami rozszerzania, tak od dołu przez przetokę tchawiczą, jak i od góry, w trzy miesiące po doznanym urazie, wszyto kaniulę szklanną, którą po jedenastu miesiącach noszenia usunięto, a mając drożność krtani prawidłową, wkrótce przetokę tchawiczą zaszyto.

Następny przypadek zwężenia krtani urazowego, powstał wskutek wybuchu w kuźni, gdzie odłamek żelaza, zranił boczną część szyji i na razie przez tydzień, oprócz bólu miejscowego i trudności w przełykaniu, chory miał się dobrze, dopiero po tygodniu zaczęło się utrudnienie oddechu, tak iż trzeciego dnia, a od początku urazu, dziesiątego dnia, musiano wykonać rozcięcia tchawicy. W przypadku tym, odłamek żelaza spowodował uszkodzenie chrząstki obrączkowej i utkwił następnie w okolicy wyrostka poprzecznego VII kręgu szyjnego, co stwierdzono promieniami X. Po pewnym czasie obserwacji oddzieliła się przez przetokę tchawiczą część obumarłej chrząstki, a gdy ropienie ustało a obrzmienie podgłośniowe nie chciało ustąpić, przy zachowanej dobrze ruchomości obu połów krtani, po zastosowaniu sposobów rozszerzania, tak przez przetokę tchawiczą, jak i od góry, wszyto kaniulę szklanną. Gdy ją jednak usunięto przedwcześnie i okolica podgłośniowa nie była dostatecznie szeroka, do pozostawienia chorego bez kaniuli, założono tymczasem kaniulę kominkową metalową Koschier'a, chory ten jednak chwilowo wypisany, niestety nie zgłosił się więcej, a był na najlepszej drodze do zupełnego wyleczenia.

Pozostały wreszcie przypadek zwężenia krtani i tchawicy urazowego, powstał w następstwie poderżnięcia gardła przez napad współtowarzyszy zabawy na weselu, w którym rana cięta na szyji, zrosła się po zeszyciu, z pozostawieniem ropiejącej przetoki po stronie prawej, blisko linji środkowej obok dolnej okolicy zewnętrznej powierzchni krtani. Dopiero w sześć tygodni później zaczęło się utrudnienie oddechu, tak, iż w czwartym dniu musiano dokonać rozcięcia tchawicy. Do nas zgłosił się chory po pięciu miesiącach dalszych; znaleźliśmy prawie zupełną niedrożność krtani, z powodu znacznego obrzmienia pod struną prawą, wypełniającego w kształcie guza, prawie całkowicie światło okolicy podgłośniowej, przy zachowanej jednak, choć słabej ruchomości obu połów krtani. Badanie przetoki tchawiczej stwierdziło, iż wykonano rozcięcie tchawicy dolne a badanie lusterkiem tchawiczym wykazało, iż cały górny odcinek tchawicy, ku okolicy podstrunowej był tak zwężonym, iż zgłębnika przeprowadzić się nie udało. Obok tego w bliźnie półkolistej na szyji, w okolicy odpowiadającej zewnętrznej powierzchni chrząstki obrączkowej, znaleziono wspomnianą przetokę, przez którą wydzieliła się cząstka obumarłej chrząstki, zdaje się obrączkowej, przetoka ta jednak mimo wyskrobania jej dna, po szerokiem nacięciu wygoić się nie chciała. W celu usunięcia zwężenia a raczej niedrożności górnej części tchawicy i samej krtani, rozcięto od przetoki tchawiczej w górę, tchawicę i krtań. Z trudnością udało się dojście do światła tchawicy i krtani przyczem znaleziono zachowany pasek śluzówki, odpowiadającej tylnej ścianie tchawicy i krtani. Do tak prawie sztucznie wyrobionego połączenia przetoki tchawiczej z naturalną drogą oddechową w górnym odcinku krtani, po przemieszczeniu przetoki tchawiczej ku górze, w okolicę rozcięcia tchawicy górnego, założono kaniulę szklanną, przyczem kaniula zwykłej długości, tak ku górze jak i ku dołowi, okazała się za krótką, tak, iż musiano zmienić kaniulę na odpowiednio dłuższą w obu kierunkach, która dopiero umożliwiła oddychanie drogą naturalną. Choremu polecono po dłuższym upływie czasu, rozciągającego się na szeregi miesięcy, zgłosić się w celu dalszego leczenia, dążącego ostatecznie do usunięcia kaniuli szklannej i przywrócenia prawidłowego sposobu oddychania. W przypadku tym zapobieżono chwilowo za krótkiemu ramieniu kaniuli ku dołowi, założeniem przez otwór tchawiczy kaniuli, drenu gumowego odpowiedniej szerokości, gdyż inaczej musianoby usunąć kaniulę zupełnie zanim dłuższa zostałaby zrobioną. Brak możności chwilowej oddychania przez krtań, był tu bez znaczenia i przez zmianę na kaniulę stosownej też wysokości, został równocześnie usunięty.

W następnym przypadku zwężenie krtani w okolicy podgłośniowej, względnie okolicy przetoki tchawiczej, po zrobionem rozcięciu tchawicy, było wyrazem blizn przebytej kiły trzeciorzędnej krtani. Po bezskutecznem, powtórzonem rozcięciu krtani i sposobach rozszerzania przez przetokę tchawiczą, gdy wytwarzające się blizny zwężały z powrotem światło krtani i okolicy przetoki tchawiczej, wszyto kaniulę szklanną 11 mm, którą w ciągu noszenia przez lat dwa, raz po roku zmieniono na szerszą 12 mm, w końcu usunięto, a gdy światło krtani pozostało przez czas dłuższy w niezmienionej szerokości, obok zupełnie prawidłowej ruchomości obu połów krtani, przetokę tchawiczą zaszyto.

Ostatni przypadek wreszcie, leczony wszyciem kaniuli szklannej, dotyczył powracającego zwężenia w dolnej części przedsionka krtani na ścianach bocznych krtani, powyżej strun fałszywych i wraz z nimi tworzącego wązką poprzeczną szczelinę, miał przyczynę w twardzieli krtani. Zwężenie w przypadku tym było, tak uporczywe, iż w końcu, mając dalsze części krtani dostatecznie szerokie, zdecydowałem się na wszycie kaniuli szklannej, z pozostawieniem jej na dłuższy

okres czasu a może i na zawsze. W przypadku tym pozostającym w leczeniu od szeregu lat, zwężenie w krtani stale utrzymywało się w tem samem miejscu i choć właściwą sprawę chorobową należało uważać za ukończoną, zwężenie o charakterze blizny szczególnie po poprzednich zabiegach, jak wycięciach głębokich przy rozcięciu krtani i przypaleniach elektrokauterem, tylko wszycie kaniuli szklannej umożliwiło chorej swobodne oddychanie przez krtań i możliwość zarobkowania.

Dr. Aleksander SZACKI, asystent kliniki. (Petersburg).

Przyczynek do spraw chorobowych chrząstek żeber po durze osutkowym i powrotnym.

Z kliniki chirurgicznej Akademji wojskowo-lekarkiej w Petersburgu.
Dyrektor: Prof. S. S. Girgoław.

W liczbie wielce ciekawych pod względem patologo-anatomicznym i klinicznym powikłań duru osutkowego i powrotnego należy wymienić sprawę chorobową chrząstek żeber — powikłanie występujące czasami w okresie, jakby się zdawało, zupełnego zdrowienia. W klinice prof. Girgoława mieliśmy możność obserwować i leczyć kilka przypadków podobnych.

Kwestja spraw chorobowych chrząstek żeber po ostrych zakażeniach nie jest nową. W 1894 roku dr. Bauer (1) ogłosił pracę, poświęconą kwestji zapalenia chrząstek po durze brzusznym. W 1895 roku John Berg (2) zebrał 18 przypadków różnego rodzaju zapalenia chrząstek żeber. W 1899 roku zjawiła się praca dra Lampe'go (3) o zapaleniu chrząstek żeber po durze brzusznym. W 1913 roku Harzbecker (4) przedstawił 10 przypadków spraw chorobowych chrząstek żeber na podstawie materjału Körte'go w ciągu 20-tu lat.

Dalsze spostrzeżenia tyczą się ostatnich lat. Dr. Zabłudowskij ogłosił pracę (5) o zapaleniach durowych chrząstek (*chondritis typhosa)*. Dr. W. Chesin podał opis zmian patologo-anatomicznych, spostrzeganych przy operacjach z powodu zapaleń chrząstek. 5-go października 1921 roku jednocześnie ze mną wygłosili odczyt dr. H. Pietraszewska (sprawy chorobowe chrząstek żeber po chorobach zakaźnych) i dr. E. Busz (ropne zapalenie chrząstek żeber, jako powikłanie duru osutkowego i ropnego) na posiedzeniu Związku Chirurgów rosyjskich imienia Pirogowa.

Materjał, którym rozporządzałem był taki: od kwietnia 1920 roku aż do sierpnia 1921 roku leczono 6 chorych. Po tym okresie leczono jeszcze 2. Do tych przypadków ja dołączam przypadek dra E. Hesse'go (spostrzegany przezemnie w szpitalu Sióstr Miłosierdzia Swiato Troickiej Obszczyny), dzięki uprzejmości którego mam możność ogłoszenia tego przypadku.

Ogółem leczono 9 chorych w szpitalu i 7 ambulatoryjnie, razem 16 chorych. W dwóch przypadkach sprawa chorobowa chrząstek wystąpiła po durze powrotnym, w 3-ch przypadkach zakażenie było podwójne (dur powrotny i osutkowy), a w reszcie 11 przypadków choroba wystąpiła po durze osutkowym. Wszyscy nasi chorzy — mężczyźni w wieku od 19 do 39 lat.

W trzech przypadkach obserwowaliśmy sprawę chorobową z obydwóch stron klatki piersiowej, a w reszcie z jednej.

Przytaczam historje chorób.

Przypadek I.

S-in Piotr, 38 lat, z gubernji Ołonieckiej. Wstąpił do szpitala Sióstr Miłosierdzia Swiato-Troickiej Obszczyny 14. września 1920 roku, wyszedł 20. października 1920 r. W marcu tegoż roku przebył dur powrotny, w przebiegu którego w okolicy 6-go żebra z lewej strony koło mostka utworzył się ropień; po rozcięciu i opróżnieniu pozostała przetoka, istniejąca dotychczas.

Badanie przedmiotowe: w okolicy 6-go żebra z lewej strony klatki piersiowej na 1 cm nazewnątrz od *linea parasternalis* znajduje się przetoka. Zgłębnik dotyka się do chrząstki. Narządy wewnętrzne bez zmian. 28. IX. 1920 roku zabieg operacyjny (dr. Hesse) wykonany w znieczuleniu chloroformowem. Wycięcie chrząstki 5-go żebra, otworzenie jamy pozachrząstkowej, wypełnionej ziarniną. Tampon.

30. X. Rana prawie zagojona. Wypisał się z przetoką w celu dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Przypadek II.

Z. P., 26 lat, mieszkaniec Petersburga. Wstąpił do kliniki prof. Girgoława 4. X. 1920 roku, wyszedł 20. grudnia tegoż roku. Skarży się na bóle w lewej połowie klatki piersiowej z przodu na *linea parasternalis* na wysokości 6—7-go żebra. Choruje od marca 1920 roku. Na miejscu, gdzie odczuwa bóle, czasami występywało nacieczenie trwające 3—4 dni i następnie znikające. W połowie maja 1920 r. na miejscu bólu utworzył się ropień, po rozcięciu którego pozostała przetoka. W dzieciństwie przebył ospę, szkarlatynę, dyfteryt, przyusznicę, zapalenie płuc Od listopada 1919 roku do maja 1920 r. chorował na dur powrotny, osutkowy, zapalenie płuc i krwawą biegunkę. Jednocześnie spostrzegano szkorbut z wybroczynami w mięśniach. W końcu maja wstał z łóżka; pozostała tylko sprawa chorobowa chrząstki.

Status praesens.

Wymizerowany, bardzo blady; na skórze kończyn tak górnych, jak i dolnych wybroczyny wielkości główki szpilki, skóra bardzo sucha. Narządy wewnętrzne bez zmian. Na linji 6—7-go żebra z lewej strony koło mostka nacieczenie, czerwono-fioletowe, na dotyk normalnej ciepłoty. Nacieczenie zajmuje 8—12 cm². We środku nacieczenia widać otwór, przez który wydziela się ropa, niegęsta, zmieszana z krwią i cząstkami rozpadających się tkanek w postaci drobnych ledwo widocznych białych ziarenek. Zgłębnik dotyka się do chrząstki. Głębokość przetoki 3—4 cm. Na zabieg operacyjny nie zgadza się.

Przypadek III.

Z-in Iwan, sanitarjusz, wstąpił do kliniki 4-go stycznia 1921 roku. Skarży się na bóle w klatce piersiowej z przodu z prawej strony, koło mostka na linji 6—7-go żebra; bóle te odczuwa także w głębi w prawym boku, nadto skarży się na kaszel i duszność. W październiku 1919 r. zapadł na dur osutkowy i leżał 1½ miesiąca. Po wyzdrowieniu czuł bóle w wyżej wymienionem miejscu. W początku maja 1920 roku zauważył nacieczenie z prawej strony koło mostka na wysokości 6—7-go żebra. Na tem miejscu utworzył się ropień a po nim pozostała przetoka.

17. stycznia 1921 roku zabieg operacyjny (dr. A. Szacki). Znieczulenie ½%-owym rozczynem kokainy. Cięcie równoległe do żebra długości 8—9 cm do chrząstki. We środku chrząstki 7-go żebra otwór prowadzący do jamy pozachrząstkowej. Wycięcie chrząstki. 2 szwy na ranę. Tampon.

18. I. Bólu niema.

22. III. Wypisuje się z kliniki z przetoką pośrodku zabliźnionej rany.

Przypadek IV.

T-ow M., 24 lat, żołnież, wstąpił do kliniki 21. grudnia 1920 roku, wyszedł 22. lutego 1921 r. W maju 1920 roku zapadł na dur osutkowy. W 2 tygodnie po wstaniu z łóżka na wysokości 6-go żebra z lewej strony koło mostka utworzył się ropień, a po nim przetoka. Narządy wewnętrzne bez zmian.

17. I. 1921 roku zabieg operacyjny (dr. A. Szacki). Znieczulenie chloroformem. Cięcie przez przetokę równolegle do żebra. W chrząstce 6-go żebra otwór. Wycięcie chrząstki. Usunięcie osłon łyżką ziarniny z jamy pozachrząstkowej. 2 szwy na ranę. Tampon.

22. II. 1921 roku. Opuścił klinikę z raną zupełnie zabliźnioną.

Przypadek V.

E. G., 28 lat, żołnierz, wstąpił do kliniki 12. marca 1921 r. opuścił klinikę 19. kwietnia 1921 roku. W maju 1920 r. zapadł na dur osutkowy i powrotny; miał 5—6 ataków. Leczył się w szpitalu miejskim, skąd wyszedł w sierpniu 1920 roku. Na dwa tygodnie przed opuszczeniem szpitala zauważył z lewej strony, koło mostka, na wysokości 7-go żebra nacieczenie bolesne na dotyk, w ciągu tygodnia utworzył się w tem miejscu ropień, a po nim przetoka. Przy badaniu przedmiotowem daje się zauważyć nacieczenie czerwono-fioletowe, wielkości 6—10 cm². Przy badaniu przetoki zgłębnik dochodzi do chrząstki.

21. marca w znieczuleniu chloroformowem zabieg operacyjny (dr. A. Szacki). W chrząstce 6-go żebra zauważa się otwór około ½ cm średnicy. Przetoka i jama pozachrząstkowa wysłana ziarniną. Wycięcie chrząstki. Tampon.

19. IV. 1921 roku opuścił klinikę z przetoką pośrodku zabliźnionej rany.

Przypadek VI.

K-g M., 39 lat, żołnierz. Leczył się w klinice od 15. IV. do 19. VIII. 1921 roku. W sierpniu 1920 roku przebył dur powrotny. Po niejakim czasie (dobrze nie pamięta) z lewej strony koło mostka, na wysokości 6—7-go żebra utworzył się ropień, po nim przetoka.

6. V. W znieczuleniu chloroformowem zabieg operacyjny (dr. A. Szacki). Cięcie równolegle do 7-go żebra. W chrząstce 7-go żebra otwór wiodący do jamy poza chrząstką. Jama idzie z pod mostka aż do granicy kostnej chrząstki. Wycięcie chrząstki z niewielkim kawałkiem żebra. 2 szwy, tampon.

19. sierpnia 1921 r. opuścił klinikę z przetoką. Jednocześnie chory był na szkorbut.

Przypadek VII.

P-w, żołnierz, przetoka 7-go żebra z prawej strony po durze osutkowym.

23. VIII. 1920 roku zabieg operacyjny (dr. A. Wereszczyński) w znieczuleniu ½%-owym roztworem kokainy. Cięcie do chrząstki. Usunięcie ziarniny zapomocą ostrej łyżki Volkmanna. Tampon.

Po 3-ch tygodniach opuścił klinikę z przetoką na miejscu rany.

Przypadek VIII.

R. M., 31 lat, mieszkaniec Petersburga, felczer. Wstąpił do kliniki 26. X. 1921 roku z powodu przetok po ropniach w okolicy żeber rzekomych z prawej i lewej strony klatki piersiowej.

13. czerwca zapadł na dur osutkowy a potem na zapalenie przyusznicy i krwawą biegunkę. Wstał z łóżka 17. VIII. Odrazu po durze zauważył 3 nacieczenia w różnych miejscach klatki piersiowej: 1. na wysokości 3-go żebra pośrodku mostka, 2. na wysokości 6—7-go żebra koło mostka z prawej strony, 3. takież nacieczenie z lewej strony, przyczem odczuwał znaczne bóle w tych miejsach, oraz w obydwóch piszczelach.

Koło 20. września na tych miejscach utworzyły się ropnie; na mostku nacieczenie ustąpiło samo przez się, a z prawej i lewej strony pozostały przetoki. Jednocześnie wystąpiły objawy zapalenia okostnej na obydwóch goleniach. Badanie przedmiotowe: na mostku blizna czerwono-fioletowa obrzękła, średnicy około 2 cm. Z lewej strony na wysokości 7-go żebra na *linea parasternalis* przetoka aż do chrząstki. Z prawej strony w odpowiedniem miejscu ropień. Na 3 cm na prawo przetoka, ale połączenia między ropniem a otworem przetoki niema (z biegiem czasu utworzyło się).

W 2 tygodnie po wstąpieniu do kliniki powstało nadto zapalenie okostnej na prawym obojczyku i na lewej kości piętowej. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przed zabiegiem operacyjnym odbył kurs zastrzykiwań wśródmięśniowych autowakcyny laseczników wydzielonych z ropnia.

12. kwietnia 1922 roku w znieczuleniu chloroformowem zabieg operacyjny (dr. A. Szacki). Zmiany anatomiczne analogiczne do zmian, we wszystkich opisanych przypadkach. Wycięcie chrząstki 6-go żebra z prawej i z lewej strony. Plastyczne wypełnienie jamy operacyjnej zapomocą skórno-mięśniowego kawałka. Szwy na ranę, tampon z obydwóch stron.

W końcu lipca rana zagoiła się zupełnie i chory wyszedł zupełnie zdrów.

Przypadek IX.

P. J., 33 lat, przetoka na wysokości 5-go żebra na mostku (*linea sternalis media*). Sprawa chorobowa po durze powrotnym.

24. XI. 1922 roku zabieg operacyjny (dr. A. Szacki) w ogólnem znieczuleniu chloroformem. Wycięcie chrząstki 5-go żebra z prawej strony i kawałka żebra. Plastyczne wypełnienie rany kawałkiem skórno-mięśniowem. Zaszycie rany, tampon. Chory pozostaje jeszcze w klinice.

Co do chorych ambulatoryjnych w liczbie 7-miu, powiem tylko, że byli to żołnierze, najmłodszy z nich w wieku 19 lat, i sprawa chorobowa była u nich po durze osutkowym.

Zabieg operacyjny we wszystkich przypadkach, oprócz jednego, polegał na możliwie doszczętnem usunięciu chorej chrząstki, czasami i żebra, jak również i ziarniny. W dwóch przypadkach zastosowano plastyczne wypełnienie jamy operacyjnej zapomocą kawałka mięśniowo-skórnego z następczem połączeniem prawie doszczętnem brzegów rany szwami z jedwabiu. Z powikłań przy zabiegu operacyjnym trzeba zaznaczyć możliwość zranienia tętnicy sutkowej wewnętrznej, co możebnem jest w razie nacięcia opłucnej. Zranienie opłucnej jest niebezpieczne nie tyle wskutek powstania odmy opłucnej, ile z powodu nadzwyczajnej wrażliwości opłucnej na zakażenie, które istnieje zawsze.

Sam nie miałem takich powikłań, ale w piśmiennictwie ogłoszone są przypadki zranienia opłucnej i zgonu śmiertelnego w następstwie tego zranienia (Zabłudowskij).

Dla zrozumienia istoty danej sprawy chorobowej ogromne znaczenie mają zmiany, dające się zauważyć przy makro- i mikroskopowem badaniu chorych chrząstek żebra. Kliniczny wygląd sprawy chorobowej chrząstki żebra przedstawia się w następujący sposób: na linji 5—8 żebra, na miejscu połączenia żeber z mostkiem i trochę nazewnątrz widać nacieczenie o wymiarach 8—12 cm², skóra czerwono-fioletowa, pośrodku zabarwiona znacznie silniej. Wklęsłość między żebrami wyrównana, pośrodku nacieczenia przetoka. Po rozcięciu uderza oko znaczne nacieczenie miękkich części tkanek, ochrzęstna znacznie zgrubiała i bardzo unaczyniona. W samej chrząstce bywa otwór różnej wielkości od ½ cm i więcej. Poza chrząstką — jama między chrząstką i oddzieloną ochrzęstną, leżąca równolegle do chrząstki i idąca od mostka, a w niektórych przypadkach i z pod niego do kostnej granicy chrząstki. Jama i przetoka wypełnione są ziarniną, chrząstka wyszczerbiona i obok otworu i z tyłu nie posiada ochrzęstnej. W innych częściach jest bardzo mocno zrośnięta z ochrzęstną. Do badania histologicznego preparaty utrwalano w płynie Zenker'a, dekalcynowano kwasem azotowym i zatapiano w celloidynie. Powycinano kawałki chrząstki koło przetoki i na granicy chrząstki z kostną częścią żebra, przyczem znaleziono: Ochrzęstna znacznie zgrubiała, zawiera liczne wybroczyny; naczynia krwionośne rozszerzone i wypełnione krwią. Tkanka ochrzęstnej znacznie nacieczona okrągłemi komórkami rodzaju, przeważnie limfocytów i różnej wielkości i kształtów poliblastów; daje się zauważyć istnienie komórek plazmatycznych. Leukocyty wielojądrzaste spotykają się czasami. Substancja międzykomórkowa prawie się nie barwi; komórki chrząstkowe bywają często kształtów nieprawidłowych, podobnych do gwiazdy, czasami spotykają się i próżne torebki. W głębszych częściach chrząstki daje się zauważyć na preparacie kilka cienkościennych naczyń krwionośnych, ale bez nacieczenia zapalnego dokoła nich. W części między kostną i chrzęstną granicą żeber na preparatach histologicznych widać również sprawę zapalną umiejscowioną w ochrzęstnej i w okostnej, zawierającej i tu również liczne wybroczyny. Ze strony kości żeber żadnych zmian niema. Na podstawie powyższego można przyjść do wniosku, że w danym przypadku zmianom patologicznym uległy okostna i ochrzęstna żeber, i że istnieje tam stan zapalny ze znacznemi wybroczynami.

Badaniem histologicznem kierował docent M. Kuzniecowskij, prosektor przy katedrze anatomji patologicznej Akademji, za co jestem mu wielce wdzięcznym.

Dla wyjaśnienia istoty tej sprawy chorobowej ogromne znaczenie mają zmiany, występujące w ustroju w okresie zakażenia durem osutkowym i powrotnym. Na podstawie badań z piśmiennictwa mogę wnioskować, że w durze osutkowym przedewszystkiem cierpi układ krwionośny a następnie różne inne narządy. Według Fraenkl'a (9) zakażenie przeważnie oddziaływa na śródbłonek naczyń drobnych.

Według Ceelen'a (10) na śródbłonek naczyń włosowatych, mianowicie na pewne ich odcinki.

Według Bauer'a (11) śródbłonek początkowo ulega rozmnażaniu się, potem brzęknie, łuszczy się i obumiera, znacznie zwężając albo i zupełnie zamykając światło naczynia. Równolegle z temi zmianami ogniskowemi i wewnątrznaczyniowemi występują zmiany okołonaczyniowe przez komórki tkankowe i pochodzące ze krwi (prof. Szatiłow) (12). Naczynie na odcinkach, zajętych sprawą chorobową, ma wygląd zgrubiały, trudno odróżnić granice błony wewnętrznej, środkowej i zewnętrznej, gdyż są one całkowicie nacieczone nowemi elementami komórkowemi (E. Piett) (13). We wszystkich bez wyjątku narządach (Ceelen, Dawydowskij (14), Aschoff (15) i inni) chorych na dur osutkowy wykryto te charakterystyczne zmiany w naczyniach krwionośnych, co pozwala Bauer'owi określić dur osutkowy, jako chorobę układową osobnych tętnic, Ceelen'owi — *morbus nodosa* i Dawydowskiemu jako *trombovasculitis necrotica seu destructiva*. Co do zmian w ścianach naczyń w durze powrotnym mogę wskazać spostrzeżenia dra Szerwińskiego (16), który wykazuje przenikalność naczyń i objaśnia tem obrzęki występujące jak wiadomo w 10—12% tej choroby. Czy mamy prawo i naszą sprawę chorobową rozpatrywać jako wynik wyżej wspomnianych zmian w naczyniach? Na to zapytanie nie możemy odpowiedzieć w sposób twierdzący, o ile przypomnimy, że w początku sprawa chorobowa występuje przy niezmienionej skórze, co świadczy, że drogą szerzenia się zakażenia jest układ krwionośny, a nie skóra, i o ile pamiętać będziemy, że żebra odżywiają się przez tętnice międzyżebrowe, które w tej części klatki piersiowej są końcowemi.

Według Lubarskiego (17) głód wywołuje zmiany czynnościowe naczyń włoskowatych, mianowicie przenikliwość ich. Rozpatrując historje chorób, możemy wnioskować, że początek sprawy chorobowej trzeba odnieść albo do okresu samej choroby, albo do okresu wkrótce po wyzdrowieniu, przyczem klinicznie występowały objawy przewlekłego zapalenia.

Powstaje pytanie, jakie są przyczyny tego zapalenia i czy ono jest wynikiem początkowego zapalenia ochrzęstnej czy samej chrząstki. Według zdania Lampe'go na początku zachorowuje chrząstka (»chociaż klinicznie na pierwsze miejsce występują objawy zapalenia ochrzęstnej, ale zapalenie chrząstki gnieździ się w niej samej, a zapalenie ochrzęstnej jest natury wtórnej«). W celu udowodnienia i obrony swego zdania podaje Lampe następujące fakty: chrząstka jest unaczyniona, mianowicie naczynia idą od ochrzęstnej wewnątrz od kanałów chrząstkowych do środka chrząstki, po drugie na podstawie faktu, że podczas kostnienia chrząstki powstaje w niej jama dla szpiku kostnego bliżej granicy pomiędzy kością i chrząstką i że w zapaleniu chrząstki przetoka znajduje się obok tej granicy, L. wnioskuje, że w danym przypadku chrząstka już wyszła ze swego stanu biernego, i że widocznie w chrząstce już nastąpiło tworzenie się tej jamy dla szpiku kostnego, przeczem prawdopodobnie oddziaływał czynnik chorobotwórczy. Na preparacie swoim Lampe przy badaniu histologicznem widział kanał środkowy, idący wzdłuż i wypełniony delikatną tkanką łączną, zawierającą drobne naczynia.

Nasze badania wzbudziły pewne wątpliwości do teorji Lampe'go.

Po pierwsze — tworzenie się ropni występuje wkrótce po durze osutkowym lub powrotnym, co byłoby mało prawdopodobne w razie gdyby początkowo uległa sprawie chorobowej chrząstka. Powtóre — fakt tworzenia się nowych naczyń krwionośnych byłby zrozumiały wówczas, gdyby dokoła nich były objawy zapalne. W naszych preparatach też są naczynia krwionośne w chrząstkach, ale bez żadnych objawów zapalnych (nacieczenie dokoła nich), o czem nie mówi również i Lampe.

Jeżeli według teorji i terminologji Lampe'go rozpatrywać naszą sprawę chorobową, jako *chondromyelitis* i za początkowe miejsce zapalenia z następującemi objawami zwyrodnienia aż do obumarcia i tworzenia się przetok uznać kanał środkowy, to i istniejące tam naczynia powinny byłyby ulec ogólnej zmianie, t. j. rozmiękczeniu ropnemu. Połączenia atoli, tego kanału z kanałem w kości, Lampe nie spostrzegał nigdy. To dowodzi, że naczynia w chrząstce mogły powstać z ziarniny, inaczej mówiąc, z ochrzęstnej. Po trzecie — chociaż tworzenie się jamy dla szpiku kostnego w chrząstce jest faktem niezaprzeczalnym, lecz tworzy się on w znacznie starszym wieku, według badań Lampego w 3—4 i dalszem dziesięcioleciu życia człowieka, a tymczasem nasi chorzy nie byli starsi nad 40 lat, a niektóry byli jeszcze w okresie rośnięcia (19 lat). W naszych preparatach na pierwszy plan występuje sprawa zapalna w ochrzęstnej, nawet w okostnej, zmiany zaś w chrząstce nie są natury zapalnej, lecz zwyrodniającej (słabe barwienie się, wypadnięcie komórek z torebek, brak ich rozrostu). Nareszcie po wycięciu chorej chrząstki, zdawałoby się, powinno nastąpić wyzdrowienie, znamy jednak przypadki, w których nie bacząc na usunięcie chrząstek na znacznej przestrzeni, wyzdrowienie nastąpiło lecz pozostawała przetoka. Na mocy tych faktów słusznie można twierdzić, że początkowo sprawie chorobowej ulega ochrzęstna, wszystkie zaś zmiany w chrząstce są natury wtórnej. Pogląd ten potwierdza również spostrzegane przez nas u jednego chorego zapalenie okostnej, jednocześnie w wielu miejscach.

Sądzimy, że patogeneza sprawy chorobowej jest taka: zmiany w ścianach naczyń krwionośnych, których najwybitniejszym objawem jest zanik ich całości, o czem świadczą wybroczyny w ochrzęstnej, pod wpływem zakażenia durowego w połączeniu z ogólnym upadkiem odżywienia wywołują zmiany zwyrodnieniowe aż do obumierania chrząstki. Znaczne wybroczyny w ochrzęstnej mogą jednocześnie stanowić podłoże, na którem hodują się drobnoustroje, wywołujące chorobę z następczem tworzeniem się ropni. O istocie zakażenia możemy sądzić na mocy jednego przypadku, w którym ropę wzięto z zamkniętego ropnia. Badanie bakterjoskopowe drobnoustrojów nie wykryło; badanie bakterjologiczne, wykonane przez docenta dra Ławrynowicza, wykazało laseczkę z grupy okrężnicowo-tyfusowej (t. zw. *paratyphus N* — Kulesza-Iwaszencow). Na podstawie naszej teorji, łatwo wytłumaczyć późne występowanie sprawy chorobowej po przebyciu duru i niepowodzenie zabiegów operacyjnych. Rzeczywiście, jeżeli naczynia krwionośne są jeszcze chore, to zupełnie jest naturalną jak i choroba chrząstki: wiemy przecież, że zgorzel kończyn po durze bywa nietylko w czasie choroby, ale i w późniejszym okresie. Jeżeli ochrzęstna jest chorą, to nie bacząc na usunięcie chrząstki, sprawa trwa dalej. Tem samem możemy wytłumaczyć skuteczny wpływ jodyny, stosowanej do pędzlowania chorych tkanek.

Naszą więc sprawę chorobową należy uznać nie jako *chondritis* albo *chondromyelitis*, lecz jako *perichondritis posttyphosa*.

Jakie powinno być leczenie tej sprawy chorobowej?

Naturalnie, że wycięcie chrząstki jest konieczne, bo ona jest niejako ciałem obcem; wycięcie powinno być doszczętne, t. j. usunięcie chrząstki w granicach zdrowej ochrzęstnej ewentualnie okostnej. Nadto zalecam plastyczne wypełnianie jamy po usunięciu chrząstki zapomocą kawałka mięśniowo-skórnego i zaszywanie rany z pozostawieniem niewielkiego otworu. Powtóre należy możliwie starać się o polepszenie ogólnego stanu chorych, mianowicie zapewnić im jaknajlepsze warunki sanitarno-higjeniczne.

W tym celu bardzo byłoby pożądanem umieszczanie chorych w sanatorjach. Z lekarstw dobrze wpływa jod, stosowany w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych 10% zawiesiny *jodoformi cum tixa jodi*, i częste pędzlowanie nalewką jodową chorych tkanek. Oprócz tego, prof. M. Pietrow zaproponował autowakcynację chorych, działającą często bardzo dodatnio.

Wnioski:

1. Do licznych powikłań duru osutkowego i powrotnego należy dołączyć sprawę chorobową chrząstek żeber

2. Przyczyną tej sprawy chorobowej są zmiany w naczyniach krwionośnych, wywołane przez zakażenie durowe.

3. Pierwotnie ulega sprawie chorobowej ochrzęstna, zmiany w chrząstce są natury wtórnej.

4. Zmiany w ścianach naczyniowych są następstwem wycieńczenia.

b) Działanie jadów swoistych umożliwia powstawanie wybroczyn w ochrzęstnej, które stają się podłożem dla rozwoju zakażenia wtórnego i tworzenia się ropni.

5. Leczenie polega na zabiegu chirurgicznem (usunięcie chrząstki lub żebra w granicach zdrowych tkanek i plastyczne wypełnienie jamy) i na podstawie stanu ogólnego chorych.

Piśmiennictwo.

1) Bauer. Die Entzündungen der Rippen nach Typhus abdominalis. Diss. Rostock. Cyt. według Lampe. — 2) John Berg. Referat w Centralbl. für Chirurgie 1896, str. 153. — 3) Richard Lampe. Deut. Zeitschrif für Chirurgie 1899, str. 603. — 4) Harzbecker. Archiv für klinische Chirurgie 1913. — 5) Zabłudowskij. Nowyj Chirurg. Archiw Tom. I. książka 2. — 6) W. R. Chesin. Moskowskij medicinskij żurnał 1921, Nr. 1. — 7) H. Pietraszewskaja. Wiestnik Chirurgii 1922, Nr. 1. — 8) E. Busz. Odczyt w Związku chirurgów rosyjskich w Petersburgu 5. X. 1921 roku. — 9) E. Fraenkel. Münch. med. Wochenschrift 1914, Nr. 2. — 10) Ceelen. Berl. klin. Wochenschrift 1916, Nr. 20. — 11) Bauer. Münch. med. Wochenschrift 1916, Nr. 15 i 34. — 12) Szatiłow. Wraczebnoe dieło Nr. 14—15, 1919. — 13) E. Piett. Ibidem. — 14) Dawydowskij. Charkowskij Medicinskij żurnał 1916, Nr. 9 i Medicinskoje Obozrenje 1917, str. 651. — 15) L. Aschoff. Med. Klin. 1915, Nr. 29. — 16) Szerwińskij. Protokoły Moskowskago Terapeuticzeskago Obszczestwa 1904—1907. 17) Lubarskij. Wraczebnoje dieło Nr. 9—10, 1920.

Doc. Dr. med et phil. Adrjan DEMIANOWSKI. Lwów.

Dysautomatyzacja ruchów w przebiegu porażenia postępującego.

»Prawo rozkładu w psychologji polega na postępowej, ciągłej dysorganizacji odbywającej się w kierunku od zjawisk wyższych do niższych, od złożonych do prostych, od niestałych do stałych, od mniej uorganizowanych do bar-

dziej uorganizowanych, innemi słowy zjawiska które w porządku ewolucji pojawiają się ostatnie, znikają pierwsze i przeciwnie te, które pojawiają się pierwsze, znikają ostatnie«. (Ribot).

Powyższe prawo określające tory i fazy rozpadu życia psychicznego popiera Ribot trafnemi obserwacjami z dziedziny patologji uczuć dostarczonemi mu przez Dumasa. Analiza stanów uczuciowych zaczerpnięta z historji chorób paralityków stwierdza tylko szczegółowy przypadek zastosowania tego prawa ogólnego. Najpierw znikają wzruszenia bezinteresowne, do których Ribot zalicza wzruszenia estetyczne i intelektualne wyższego stopnia. Dopiero w ślad za niemi ulegają rozkładowi wzruszenia altruistyczne (wzruszenia społeczne i moralne) i wzruszenia ego-altruistyczne (miłość płciowa i uczucia religijne), gdy uczucia egoistyczne znikają na samym końcu.

Nietylko do sfery uczuciowej ogranicza się Ribot w poszukiwaniu sprawdzianu. Tą samą prawidłowość znalazł i w psychologji ruchów. Dokładna analiza zaburzeń motoryki w upojeniu alkoholowem wykazuje taką samą kolejność jaką spotykamy w zakresie życia uczuciowego ulegającego rozkładowi.

Ostatnio Reinhold z Gräfenbergu w pracy swojej nad zaburzeniami mowy w *presbyophrenii* śledząc procesy regresywne stwierdza, że przebiegają one również wedle prawa Ribota.

Zaobserwowane przezemnie fakta dotyczą rozkładu automatyzmów ruchomych w przebiegu porażenia postępującego.

Wiadomą jest rzeczą, że paraliż postępujący przebiega wśród powolnej destrukcji życia duchowego związanej i uzależnionej od procesów chorobowych tej tkanki, której nienaruszalność i prawidłowa funkcja warunkują należyty bieg życia umysłowego. A ostateczna ruina stanowiąca końcowe stadjum cierpienia da się chyba i jedynie porównać z najcięższemi formami niedorozwoju umysłowego. Z tych to przyczyn paraliż postępujący stanowi poniekąd bezwiedny eksperyment wywołany przez naturę, odpowiedni dla śledzenia procesów destrukcyjnych, dostatecznie powolny i szybki zarazem, by zmiany mogły być przedmiotem dokładnej obserwacji.

Przypadek I.

K. Z., lat 39, z zawodu składacz czcionek w drukarni. Zasięga porady lekarskiej z powodu »zdenerwowania«. Obecna przy konsultacji żona badanego w towarzystwie szwagra (również składacza czcionek) podaje, że ojciec męża cierpiał na padaczkę, matka uchodziła za histeryczkę; oboje zmarli w późniejszym wieku. Z trojga rodzeństwa chorego najmłodszy brat zmarł w piątym roku życia na jakąś chorobę nerwową (wśród drgawek), dwoje starszych (brat i siostra) żyją i są zdrowi. Sam badany (najstarszy w rodzeństwie) dużo w dzieciństwie chorował i z tej przyczyny szkół nie kończył. Przed dziesięciu laty ożenił się; małżeństwo bezdzietne. Zawsze spokojny i pracowity, alkoholu nie nadużywał, palił mało.

Obecna choroba zaczęła się przed 8-ma miesiącami objawami rozdrażnienia, skłonnością do wybuchów, wśród łatwego rozczulania się. Ulegając naleganiom kolegów i rodziny, wyjechał na wypoczynek do dalszych krewnych na wieś, skąd wrócił po dwóch miesiącach w stanie względnej poprawy. Był spokojniejszy, mniej drażliwy. W tym stanie objął swe obowiązki z powrotem. Jednak zaraz na wstępie zwrócił uwagę, że w ciągu 2-ch miesięcy odwykł od dotychczasowej pracy, że składanie czcionek przychodzi mu z pewną trudnością, że wyszedł z wprawy. Spodziewał się jednak, że w kilku dniach wróci do dawnej sprawności. Niestety stan ten zamiast się polepszać stale począł się pogarszać. Nie popełniał wprawdzie błędów, ale praca jego stała się powolną, nad każdem wyjęciem czcionki z przegródki musiał się wpierw namyśleć. Niepokój począł ogarniać chorego, obawa przed chorobą nerwową i ewentualną niezdolnością zarobkowania, wprawiała go w nastrój przygnębienia. Według podań szwagra pracującego w tej samej drukarni, bezpośrednio po powrocie chorego z wywczasów, zwrócili koledzy jego uwagę na niezwykłe zachowanie się badanego przy pracy zawodowej. Robił na nich wrażenie początkującego ucznia, kształcącego się dopiero w swym zawodzie. Widać było, że dokłada starań, że wysila się, by przyśpieszyć swą pracę i skład oddać na czas do maszyny drukarskiej. Stan ten pogarszał się bardzo szybko. Nieudolność wzrosła do tego stopnia, że w niespełna miesiąc po powrocie do pracy, musiał zaprzestać jej znowu, gdyż jako pracownik zecerski stał się nie do użycia. Również pogarszał się i stan psychiczny chorego. Stał się przygnębiony, często płakał, po nocach nie sypiał. W tym stanie, za poradą lekarza domowego, zwróciła się rodzina do specjalisty.

Stan obecny: Osobnik lat około 40, wątły o chorowitym wyglądzie, bladej twarzy i przygnębionem wejrzeniu. O swej chorobie mówi rozwlekle, gubi się w szczegółach. Co chwila wybucha płaczem, prosi lekarza o ratunek. Wywiady podaje mniej więcej zgodnie z podaniem żony i szwagra. Przeczy jakoby przechodził kiłę lub leczenie przeciwkiłowe. Oprócz zapalenia płuc przed 15 stu laty nie przypomina sobie, by jako dorosły kiedykolwiek chorował. Dopiero przed 8 miu miesiącami rozpoczęło się obecne cierpienie nerwów, którego początek odnosi do przeżyć podczas walk polsko-ukraińskich. Zorjentowany należycie w miejscu, otoczeniu i sytuacji, mniej dokładnie w czasie. Uwagę badanego trudno w pewnym kierunku skoncentrować, odbiega od zagadnienia i powraca do biadań nad swym stanem. Wyraźne osłabienie inteligencji, tak w zakresie wiadomości, jak i operacji pojęciami, prostsze zadania rachunkowe wykonuje przy pomocy papieru i ołówka bez błędu. Pamięć dla faktów ostatnio przeżywanych, luk ani wyraźniejszego osłabienia nie wykazuje. Urojeń stwiedzić nie mogłem, omamów zmysłowych chory zdaje się nie miewał.

Badanie systemu nerwowego: Źrenice obie bardzo szerokie, nie oddziaływują na światło, oddziaływują na akkomodację, drżenie warg przy pokazywaniu zębów. Pozatem bardzo szczegółowe badanie nie wykazało żadnych innych zmian w systemie nerwowym. Krew wzięta do badania dała wynik na próbę Wassermanna zupełnie dodatni (++++).

W przekonaniu, że mam do czynienia z początkowem stadjum paraliżu postępującego, zaleciłem odpowiednie leczenie.

Na przeciąg półtora roku straciłem chorego z oczu. Wezwany ponownie do chorego stwierdziłem ciężki stan, tak pod względem cielesnym, jak i umysłowym; w wywiadach kilkakrotne ataki apoplektyczne, przy badaniu zupełne niedołęstwo fizyczne i umysłowe.

Przypadek II.

W lecie roku 1920, został oddany na oddział psychjatryczny szpitala wojskowego we Lwowie, 40-letni sierżant J. H. w następstwie usiłowanego zamachu samobójczego. Brak jakichkolwiek motywów czynu, jak i zachowanie się niedoszłego denata, podsunęły bezpośrednim jego władzom myśl oddania go pod obserwację psychjatryczną.

Na oddziele spokojny nawiązuje kontakt z otoczeniem, uprzejmy i grzeczny do przesady. Czynu targnięcia się na swoje życie nie chce lub nie umie umotywować Wszelkie zapytani w tym kierunku wprowadzają go w kłopot, a zbywa je bądźto milczeniem, bądź ekskuzą »ja nie wiem, jak to się stało«.

Podaje, że pochodzi z rodziny zdrowej, o chorobach nerwowych u najbliższych krewnych nic nie wie, jedynie stryj, przyrodni brat ojca, odebrał sobie życie z nieznanych mu powodów. U rodziców swoich był jedynakiem. Chował się zdrowo, chorób poważniejszych nie przechodził. W 7-mym roku życia zaczął uczęszczać do szkół, uczył się początkowo średnio, potem gorzej, »bo mu się nie chciało«. Ukończył 3 klasy gimnazjalne, później po kilku latach prób w najrozmaitszych zawodach otrzymał pomocnika biurowego. Przed wojną służył przez 3 lata w wojsku. Podczas wojny światowej służył w armji austrjackiej, później w polskiej. Nigdy nie był na froncie. Jest kawalerem, nie posiada obecnie żadnej rodziny, gdyż rodzice podczas wojny ze starości pomarli. Przed 15-stu laty przechodził miękkiego szankra i leczył się wcieraniami. Obecnie czuje się zupełnie zdrów i wyraża zdziwienie z powodu umieszczenia go w zakładzie psychjatrycznym.

Badany jest osobnikiem silnej budowy ciała, rześki, o rumianej cerze twarzy i gładkich policzkach. Przy sprężystości ruchów i żywej wyraźnej mimice robi wrażenie mężczyzny conajwyżej 35-letniego. Mówi szybko, ilustrując treść ruchami rąk i gestykulacją całego ciała. Euforyczny, zadowolony z siebie, uważa się za wszechstronnie zdolnego. Po ukończeniu wojny ma zamiar wyszukać sobie jakieś wielkie a intratne przedsiębiorstwo, któreby stanowić mogło dla jego nadzwyczajnych zdolności i sprytu teren odpowiedni. Zasób wiadomości odpowiada mniej więcej wykształceniu i doświadczeniu życiowemu badanego. Operuje niemi pod względem praktycznym sprytnie jednak z małą dozą krytycyzmu. Pamięć zdarzeń ostatnio przeżywanych zachowana. Afekt powierzchowny łatwo zmienny, trzyma się naogół nastawienia euforycznego. Z oceny swej własnej osoby i jej stosunku do świata, przebija wyraźne przecenianie swej osobistej wartości. Zorjentowany należycie w miejscu, czasie i otoczeniu, przeczy, jakoby miewał omamy zmysłowe.

Badanie somatyczne w zakresie systemu nerwowego wykazuje: Obie źrenice nieokrągłe, średnio szerokie, nieoddziaływują na bodźce świetlne, słabo na akkomodację. Lewy odruch kolanowy znacznie słabszy od prawego. Ślad bezładu w lewej, dolnej kończynie. Pozatem w systemie nerwowym zmian żadnych wykazać nie można.

Badanie narządów wewnętrznych wykazało lekką rozedmę płuc i zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą główną. Mocz bez białka i cukru. Krew oddana do zbadania na próbę Wassermanna dała wynik dodatni (++++).

W celu dalszej obserwacji chory pozostał na oddziele

Kiedy pewnego dnia dowiedział się o zachorowaniu stenotypistki ofiarował nam swą pomoc w pisaniu podając, że bardzo wprawnie pisze na maszynach wszelkich systemów. Wzięty na próbę, wykazał dużą wprawę, pisząc ze znaczną szybkością, używając przytem ośmiu palców. Od tego czasu nawet po wyzdrowieniu siły kancelaryjnej z powodu nadmiaru pracy administracyjnej na oddziele, używałem sierżanta H. w godzinach popołudniowych do pisania na maszynie pod dyktandem. Początkowo praca szła mu dość składnie, pisał prędko popełniając stosunkowo niedużą ilość błędów i to zależnych od stanu hipomanjakalnego. Niedługo jednak cieszyłem się tą wydatną pomocą. Zauważyłem wkrótce ku wielkiemu memu zdziwieniu, że H. zaczyna wychodzić z wprawy. Nie popełniał wprawdzie większej ilości błędów, ale pisał znacznie powoli, chwilami zacinał się, szukając wzrokiem i palcem liter na klawiaturze. Sam chory zauważył to także ale starał się tę swoją nieudolność tłumaczyć nieznajomością systemu maszyny (od początku pobytu w szpitalu pisał na tym samym modelu). Sprawa pogarszała się prawie z dniem każdym. Wkrótce w pisaniu posługiwał się już tylko oboma wskazującemi palcami, zamiast, jak to początkowo czynił, pisać ośmioma palcami. Podczas pisania znać było po nim wysiłek myślowy nad wyszukaniem odpowiedniego klawisza. Do tekstu zaczęły się wkradać błędy, jak brak przerw między słowami lub brak zmian alfabetu na duży na początku zdania. W tłumaczeniu tego swego stanu uciekał się do poszukiwania błędów w mechanizmie maszyny. W 2 miesiące później pomoc jego stała się jedynie stratą czasu.

Równocześnie i ogólny stan zaczął się pogarszać. Niewinne początkowo przecenianie własnej wartości przybierało coraz bardziej charakter urojeń wielkościowych. Stawał się coraz bardziej bezkrytycznym, pamięć zaczęła szwankować. W tym stanie został odesłany ze szpitala z transportem do zakładu w Świeciu. W czasie podróży zdołał jednak zbiec.

Dla łatwiejszego zrozumienia mechanizmu i kolejności w rozkładzie automatyzmów ruchowych wypada przypomnieć, że motyw działania, jako zespół jego warunków psychicznych zależnie jedynie od tego, czy mamy na myśli jego stronę czuciową, nosi nazwę podniety, lub też pobudki, gdy uwagę naszą zwracamy na stronę uczuciową. Genetyka prostszych form działania obejmuje impuls, składający się początkowo z spostrzeżenia uczuciowo zabarwionego, dokonanego w stanie uwagi biernej, uzupełnionego następnie w swym rozwoju przez wyobrażenie ruchów własnego ciała i wyobrażenie wyniku. W tym najwyższym stopniu swej złożoności impuls skutkiem nabywania wprawy przez osobnika zatraca czynnik składowy pod formą wyobrażenia ruchu własnego ciała i przekształca się w formy prostsze. Z czasem i wyobrażenie wyniku zlewa się z postrzeżeniem, które ze swej strony zatraca swój pierwiastek uczuciowy. W końcu nawet i postrzeżenie zanika, a ruch przebiega bez współdziałania sfery psychicznej. W ten sposób początkowe działanie oparte o impuls niekompletny po uzupełnieniu tegoż wyobrażeniem ruchu własnego ciała i wyobrażeniem wyniku przekształca się kolejno poprzez działanie psychomotoryczne w odruch. Odruch więc stanowi nie początkowe, ale końcowe ogniwo rozwoju działania. Analogicznie przedstawia się rozwój wyższych form działania. Zasadnicza różnica polega na tem, że proces ten rozgrywa się w sferze działania uwagi czynnej lub wtórnej biernej. Przychodzi tu bądź to do współzawodnictwa impulsów między sobą (działanie wyborcze) lub do zmagania się między impulsem a wyobrażeniem pozbawionem pierwiastka dynamicznego (działanie dowolne). Czas odpowiadający temu zmaganiu się wypełnia przeżycie psychiczne zwane namysłem, jeżeli proces odbywa się w stanie uwagi czynnej, wahaniem się, gdy towarzyszy mu uwaga bierna.

Ten szereg sądów objętych nazwą n a m y s ł u ma dla naszego zagadnienia szczególniejsze znaczenie.

Jeżeli przy wielokrotnem powtarzaniu walki impulsów w podobnej sytuacji stale ten sam impuls odnosi zwycięstwo, element psychiczny, czynny dotąd pod formą namysłu czy wahania zanika, a działanie wyborcze lub dowolne przechodzi w działanie psychomotoryczne względnie w ruch automatyczny.

Nauka pisania na maszynie, gra na fortepianie, składanie czcionek drukarskich, gra na aparacie telegraficznym mogą służyć jako klasyczne przykłady nawiązywania związków kojarzeniowych między wrażeniami wzrokowemi znaków graficznych a budowaniem i zespalaniem odpowiednich kompleksów motorycznych. Czas potrzebny na namysł w miarę nabywania wprawy maleje a nawet jako czynnik psychiczny zanika zupełnie.

W omówionych powyżej przypadkach mamy do czynienia z działaniem psychomotorycznem nabytem późno w rozwoju życia indywidualnego, drogą ewolucji z działania wyborczego w stanie uwagi czynnej, która stopniowo przeszła we wtórną bierną. Pod wpływem procesu patologicznego działanie psychomotoryczne powraca do dawnej swej fazy przez uzupełnienie się z powrotem pierwiastkiem psychicznym. Zbędny dotychczas namysł powraca i zajmuje swoją rolę w działaniu, który przez to samo przechodzi z powrotem w działanie wyborcze. Mechanizm ten zresztą nie jest obcy i normalnej psychice. Kolejność w zapominaniu czynności zautomatyzowanych wprawą jest przecież fizjologicznym torem zapominania.

Zdaje mi się, że i w patologji innych objawów porażenia postępującego, po wykluczeniu zmian ogniskowych, znalazłyby się fakta wymagające należytej analizy, a wskazujące również na pewną prawidłowość procesów wstecznych. Że wspomnę o zaburzeniach w chodzeniu niezależnych od zajęcia rdzenia a prowadzących ostatecznie do zupełnej niemożności poruszania się lub o piśmie paralityków, które między innemi zmianami wykazuje wiele cech pisma uczących się pisać.

E. BETTER i T. HELLERÓWNA*). Lwów.

O leczeniu zmian zapalnych przydatków macicy szczepionką rzeżączkową z równoczesną kontrolą nad zachowaniem się we krwi odczynu Bordet-Gengou.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie. Kierownik: Doc. Dr. H. B o c h e ń s k i.

Kwestja leczenia schorzeń przydatków macicy na tle rzeżączkowem szczepionką, mimo zachęcających wyników ogłoszonych w piśmiennictwie obcem — nie zyskała sobie u nas tego uwzględnienia i zajęcia się nią, na jakie zasługuje. Ten brak popularności wypadałoby w pierwszym rzędzie przypisać trudnościom natury technicznej, jak nas pouczyło własne doświadczenie. Uzyskanie odpowiedniej szczepionki, w zasadzie — rzecz na pozór prosta — wymaga znacznej wprawy i skrupulatnej roboty. W tem miejscu musimy potwierdzić zapatrywania wybitnych autorów, iż szczepionka sporządzona w pracowni kliniki lub instytutu uniwersyteckiego daje wyniki bezprzecznie lepsze i trwalsze od wyników osiągniętych preparatami fabrycznemi jak np. arthigonem. Przyczyny tej okoliczności dopatrzyć się można częściowo w zbyt długiem magazynowaniu preparatów, jakkolwiek własne szczepionki i po trzech miesiącach niewiele na skuteczności utraciły. Nie chcąc zbytnio rozwodzić się nad stroną techniczną, podnosimy tylko, że po kilku próbach zrezygnowaliśmy z wyhodowania a u t o v a c c y n y, a ograniczyliśmy się jedynie do h e t e r o v a c c y n y, uzyskanej ze szczepów wyhodowanych z rzeżączki cewki o przebiegu ostrym, względnie podostrym.

Ostatnia szczepionka nasza zawierała sześć różnych szczepów, podczas gdy pierwsze doświadczenia były oparte na stosowaniu szczepionki jednowartościowej. Trudno dopatrzyć się wybitnej różnicy w działaniu obu preparatów.

Przypadki poddane leczeniu pochodziły częściowo z materjału ambulatoryjnego, częściowo zaś pozostawały w klinice pod ścisłą obserwacją. Te ostatnie przypadki robią wrażenie, jakoby leczenie szczepionką przebiegało szybciej i korzystniej od innych metod leczenia zachowawczego. Zupełny wypoczynek od pracy fizycznej, abstynencja płciowa, a tem samem wykluczenie możności zakażenia powtórnego, nie mogą, jak się zdaje, pozostać bez wpływu. Jako zdatne do leczenia uważaliśmy przypadki guzów przydatków, które bądźto w wydzielinie z narządów moczopłciowych wykazywały obecność dwoinek N e i s s e r o w s k i c h, bądź też wykazywały w surowicy dodatni odczyn B o r d e t - G e n g o u. Zaznaczamy, że ze względu na brak wprawy odpowiedniej w wykonywa-

*) Część laboratoryjną opracował E. B e t t e r. Część kliniczną E. B e t t e r i T. H e l l e r ó w n a.

niu tego odczynu wyniki początkowe nie zawsze nas mogły zadowolić. Odczyn wykonywaliśmy techniką zbliżoną do odczynu Wassermanna, używając jako antigenu szczepionki o odpowiedniem rozcieńczeniu. Z początku używaliśmy do celów powyższych szczepionki jednowartościowej, jednakże odczyn w tych przypadkach nieraz zawodził. W następnej serji przypadków zastosowaliśmy jako antigen szczepionkę wielowartościową z wynikami daleko wyraźniejszemi. W tem miejscu nasuwa się nam myśl, która może nie będzie bez znaczenia praktycznego. Podczas gdy do uzyskania dodatniego wyniku odczynu serologicznego okazuje się konieczną szczepionka wielowartościowa, to — jako środek leczniczy zupełnie wystarczyć może szczepionka jednowartościowa.

Stosowaliśmy następującą technikę leczenia. Po kilkudniowej kontroli ciepłoty, rozpoczynaliśmy leczenie od śródmięśniowego wstrzyknięcia 0·5 cm^3 szczepionki. W pierwszych 24 godzinach mierzono ciepłotę co 2 godziny, w następnych dniach — trzy razy dziennie. Już w 6 godzin po wstrzyknięciu występowała reakcja pod postacią podniesienia ciepłoty o 2—3 stopni (choć nie zawsze po pierwszej injekcji), bólów głowy, dreszczu i ogólnego osłabienia. W ognisku schorzenia objawiala się reakcja silniejszemi bólami w podbrzuszu i w krzyżach, a czasami wzmożonemi upławami. Reakcja ogólna mijała naogół po 24 najdalej do 48 godzin, a po zupełnem jej uspokojeniu i przeczekaniu t. zw. fazy ujemnej — przystępowaliśmy do następnej dawki, wynoszącej 1 cm^3 naszego preparatu. Przestrzegając tych samych zasad — co przy pierwszem wstrzyknięciu — dochodziliśmy stopniowo do 3 cm^3 — ograniczając się do dwurazowych wstrzykiwań tygodniowo.

W najkorzystniejszych przypadkach mogliśmy stwierdzić nagły zwrot ku lepszemu już po pierwszem wstrzyknięciu. O ile następne wstrzykiwania nie przyniosły wybitnej poprawy, uważalibyśmy za uzasadnione po pięciu próbach odstąpić od dalszego leczenia szczepionką.

Doświadczenia nasze opierają się na razie na materjale obejmującym zaledwie 30 przypadków. Z tego rozpoznawaliśmy w 14 przypadkach przewlekłe, obustronne zmiany zapalne przydatków (guzkowate zapalenie trąbki [*salpingitis nodosa*], zapalenie jajników i t p.). W przypadkach tych ustępowały pod wpływem szczepionki — stany zapalne, bolesność przy badaniu znikała, miesiączki zaczynały zbliżać się do typu normalnego.

W tej serji przypadków wypadał odczyn Bordet-Gengou przeważnie słabo dodatnio, w wydzielinie zaś pochwowej i cewki moczowej rzadko pojawiały się dwoinki Neisserowskie. W jednym przypadku — u chorej z guzami przydatków, która przed rokiem była leczona na klinice naszej injekcjami terpentyny, pozostało w przydatkach prawych zgrubienie oporne na leczenie zachowawcze. Po 5-ciu wstrzyknięciach szczepionki jednowartościowej zgrubienie przydatków zniknęło bez śladu, — uporczywe zaś upławy ustały. Bezskutecznem okazało się stosowanie szczepionki tak jedno, jak i wielowartościowej tylko w jednym przypadku zmian przewlekłych przydatków, gdzie odczyn Bordet-Gengou jak i badanie kilkakrotne wydzieliny dały wynik ujemny.

Drugą grupę — 16-tu przypadków — stanowią znaczniejsze guzy zapalne przydatków oraz zmiany w tkance przymacicznej, o przebiegu podostrym, względnie przewlekłym. Wobec tego, że wynik badania wydzieliny prawie zawsze zawodził, kierowaliśmy się w przypadkach tej grupy wynikiem odczynu Bordet-Gengou, — który w przeważnej liczbie przypadków wypadał wybitnie dodatnio. W doświadczeniach naszych okazał się odczyn Bordet-Gengou doskonałym wskaźnikiem biologicznym istniejącego czynnego procesu rzeżączkowego w ustroju. Z wyjątkiem dwu przypadków, które zastrzegamy sobie do późniejszego omówienia, stwierdzaliśmy u wszystkich chorych poprawę już po kilku pierwszych wstrzyknięciach, podczas gdy zwykłe leczenie zachowawcze, jak aparat Polana, maści, czopki i tampony — zawodziły. Guzy malały, a nawet w niektórych przypadkach znikały zupełnie. W jednym przypadku, niestety krótko obserwowanym, (bo nie zgłosił się wskutek nagłej poprawy) — guz wielkości dużej pomarańczy zmalał do rozmiarów jaja gołębiego, stał się ruchomy, krwawienie uporczywe ustało, znikły dotkliwe bóle i kłucia w podbrzuszu. (Odczyn Bordet-Gengou + +, dwoinki ujemne). Naogół otrzymała dotycząca chora zaledwie trzy dawki jednowartościowej szczepionki; już po pierwszem wstrzyknięciu podskoczyła ciepłota na 38°, natomiast reakcja ogniskowa i miejscowa niewyraźna. Podobnie w drugim przypadku jednostronnego, dużego guza, gdzie odczyn Bordet-Gengou wypadł ujemnie, — nastąpiło zupełne kliniczne wyleczenie już po 4-ch wstrzyknięciach; w ostatnim przypadku działała szczepionka silnie ogniskowo i miejscowo — silne bóle w krzyżach (chora wiła się z bólów), dreszcze, ogólne znaczne osłabienie i ciepłota podwyższona, która po 4-tem wstrzyknięciu doszła do 39·5°.

W innym znów przypadku dużego ropniaka trąbki, gdzie z początku rozpoznanie wahało się między guzem dobrotliwym macicy a guzem wychodzącym z przydatków — (a to wskutek spoistości miękkiej guza i bezpośredniego zlepienia zapalnego ze ścianą boczną macicy) — zastosowanie szczepionki wyłoniło guz przydatków. Guz ten po 10-ciu wstrzyknięciach jednowartościowej szczepionki zaczął się wydłużać, nabrał kształtów trąbki, zaginającej się fajkowato do zatoki Douglasa i zmalał, by po trzech tygodniach dojść znów do dawnych rozmiarów, mimo ciągłego stosowania szczepionki. W tym przypadku brak było jakiejkolwiek reakcji po wstrzykiwaniach, jedynie ustała bolesność i guz stał się ruchomym. (Dwoinki Neisserowskie nieobecne, odczyn B. G. nie wykonany z niezależnych od nas przyczyn). Jak wykazały wywiady chorej — guz opisany miał powstać w łączności z przebytym porodem — możliwe więc, że w tym przypadku mieliśmy do czynienia z zakażeniem nieswoistem, działanie zaś szczepionki musimy tu uważać za nieswoisty wpływ białka obcego — (odczyn Bordet-Gengou + —, dwoinki w wydzielinie pochwowej podejrzane). Podobnie w przypadku ropnia w zatoce Douglasa i ciężkich zmian w przydatkach u chorej zakażonej rzeżączką od lat kilkunastu — spostrzegliśmy nader dodatni wpływ szczepionki. Dotychczasowe nieustanne krwawienia ustały, bolesność zmniejszyła się wybitnie, znikło dręczące uczucie stałego pulsowania oraz parcia na odbytnicę wraz przykremi następstwami tegoż, ciepłota powoli zaczęła się obniżać do stanów podgorączkowych, a obłożnie chora poczęła o własnych siłach wstawać i chodzić. Poprawa ta jednak nie sięgala zbyt daleko. Poza zniknięciem opisanych podmiotowych objawów, guz zmalał nieco, macica stała się bardziej ruchomą— i na takiem stadjum przewlekłem stanął cały proces cofania się zmian zapalnych. W przypadku tak przestarzałym, wykazującym daleko posunięte zmiany organiczne, przyjąć musimy obok dwoinek rzeżączkowych współdziałanie innych zarazków, czyli t. zw. zakażenie mieszane, które na działanie szczepionki swoistej musiało się okazać oporne. Ponadto w przypadkach schorzenia tak długotrwałego przyjąć musimy już trwałe zmiany anatomiczne w postaci bujania łącznotkankowego, jako wyrazu wyleczenia ustroju, podobnie jak to się dzieje w przebiegu starego procesu gruźliczego w szczytach. Trudno przypuścić, by w opisanych przypadkach mogło coś wskórać stosowanie szczepionki.

Naogół poprawiał się szybko stan ogólny chorych, tak, że częstokroć chore jeszcze przed ukończeniem leczenia opuszczały klinikę, uważając się za wyleczone. Zamilczeć nam niewolno, że o ile spostrzegaliśmy nawroty, to występowały one przeważnie — właśnie w tych leczonych ambulatoryjnie przypadkach, gdzie chore były narażone na ciągłe zarażanie się przez obcowanie płciowe (jak na to wskazywały odnośne wywiady). Lekkie nawroty spostrzegaliśmy w związku z regularnością, które jednakowoż łatwo uśmierzyć się dawały jedną zwyczajną dawką szczepionki.

Dwukrotnie w przypadkach dużych guzów przydatków nieruchomych, obmurowanych wysiękiem zapalnym, wyłoniły się pod wpływem stosowania szczepionki guzy ruchome, które w ciągu dalszego leczenia okazały się jako niepowikłane torbiele jajnikowe. W tych przypadkach należałoby przypisać szczepionce korzystny wpływ na rozluźnienie zrostów, jak to udowodniła następowa operacja w obu przypadkach. Do

wartości prowokacyjnej naszej szczepionki nie mogliśmy przywiązywać większej wagi, albowiem ze wszystkich wspomnianych przypadków tylko w jednym udało się wykazać dwoinki po zastosowaniu szczepionki (gdzie dotychczas były stale ujemne). Przypadek ten jest o tyle ciekawy, że u osoby cierpiącej od lat kilku na uporczywe upławy bez podłoża organicznego, wszelakiego rodzaju zastosowane leczenie okazało się bezskutecznem. Natomiast kilkakrotne wstrzyknięcie szczepionki w celach prowokacyjnych uderzająco szybko uwolniło chorą od cierpienia.

Nadmienić jeszcze należy, że w dwu przypadkach przewlekłych zmian zapalnych przydatków, leczonych przedtem terpentyną — spróbowaliśmy leczenia kombinowanego szczepionki wielowartościowej z terpentyną naprzemian. Wybitnego jednak polepszenia, względnie różnicy w działaniu szczepionki samej i kombinowanej — nie stwierdziliśmy.

Naogół powiedzieć możemy, że w odpowiednich przypadkach uzyskać możemy zupełne kliniczne wyleczenie, lecz bardzo ostry krytycyzm musi kierować tą metodą leczenia. Okoliczność ta jest może jedyną pobudką, iż w kwestji tej ośmieliliśmy się zabrać głos. Całe bowiem obecne piśmiennictwo jest nastrojone na ton bezwzględnego optymizmu. Toteż łatwo mogłoby się urobić wyobrażenie, że szczepionka jest środkiem zupełnie nieszkodliwym, którego dawkowanie jest raczej rzeczą pedanterji, niż konieczności. Nie wolno nam nigdy zapomnieć o tem, że jakkolwiek istnieją różne hypotezy działania w ustroju ciał białkowatych w ogólności, a związków białkowych bakteryjnych w szczególności — to pomimo ich całej dydaktycznej wartości, nie są one w stanie wyjaśnić dostatecznie istoty zawiłych tych przejawów, tak co do ich mechanizmu, jak też punktu zaczepienia bodźców wprowadzonych do ustroju. Zdawaliśmy sobie w każdej chwili sprawę z tego, że ta sama szczepionka, działająca korzystnie w większości przypadków, może także wywołać skutki niepożądane lub niedające się przewidzieć. Pouczyły nas o tem dwa już powyżej wyróżnione przypadki ciężkich zmian przydatków, połączonych z bardzo rozległemi naciekami w tkance przymacicznej. Odczyn Bordet-Gengou w obu przypadkach wybitnie dodatni, w jednym dwoinki Neisserowskie obecne w wydzielinie pochwowej. Stan ogólny jednej z chorych (chorej Ad.) był tak lichym, że ośmielilibyśmy się stan jej określić jako charłactwo z zakażenia rzeżączkowego (cachexia ex infectione gonococcica). Po pierwszych dwu dawkach po 0·5 cm^3, wystąpiła u chorej gwałtowna reakcja ogólna, w postaci dreszczy, gorączki do 39·5, wymiotów i biegunki, ogniskowo zaś stwierdzić się dało znaczne zwiększenie się nacieku. Stan zmusił nas do natychmiastowego zaniechania stosowania tej samej szczepionki, którą reszta chorych znosiła bez szczególnych dolegliwości. W drugim przypadku — nie wystąpiło wprawdzie tak znaczne zaostrzenie się procesu zapalnego, natomiast pojawiła się reakcja ogólna przypominająca również uderzająco objawy wstrząsu anafilaktycznego. I w tym przypadku byliśmy zniewoleni natychmiast przerwać leczenie. Nie możemy oprzeć się wrażeniu, że — podobnie jak swego czasu po ogłoszeniu tuberkuliny Kocha — otrzymywano bardzo niepożądane w skutkach reakcje ogólne i ogniskowe — przy stosunkowo nizkich dawkach—u chorych z ciężkiemi zmianami organicznemi, coś podobnego, jakkolwiek w znacznie słabszych rozmiarach należałoby przyjąć w opisanych dwu przypadkach. Z całem należnem w tych przypadkach zastrzeżeniem przypuszczamy, że bodziec potrzebny do wywołania korzystnej reakcji ze strony komórek ustroju — tu okazał się zbyt silnym. Dawka, która miała służyć jako bodziec drażniący, spowodowała prawdopodobnie przełamanie sił obronnych ustroju, wydając go na łup pierwotnego zakażenia. Okoliczność ta sprawiła, że zbyt wycieńczony ustrój nie był już zdolnym do wytwarzania niweczników. Nie jest zatem rzeczą obojętną, jak się zdaje, zwrócić baczniejszą uwagę na ogólny stan somatyczny ustroju oraz jego konstytucję, będącą dla nas dziś jeszcze tajemniczą zagadką.

Dlatego uważaliśmy leczenie szczepionką rzeżączkową na razie i w najbliższej przyszłości jako metodę wymagającą ścisłej kontroli i doświadczenia zdobytego na większym materjale, co jedynie może mieć miejsce na odpowiedniej stacji rzeżączkowej. Należałoby się bowiem obawiać, że częstokroć, jak to się wydarza w praktyce ambulatoryjnej — chore z różnych postronnych przyczyn usuwają się od obserwacji właśnie w przypadkach, w którychby to było jak najmniej pożądanem. Toteż dziwić się nie można, że niekorzystne wyniki nieodpowiednio stosowanej metody, dostawszy się do szerszej wiadomości ogółu — zdolne byłyby wzbudzić nieufność właśnie do tego sposobu leczenia, któremu, naszem zdaniem,bynajmniej nie można odmówić zbawiennego wpływu. Podobnie ma się sprawa z uzyskaniem szczepionek. Wobec okoliczności, że przygotowanie szczepionki wymaga z wielu względów szczególnej skrupulatności, którą przyjąć możemy jedynie w instytucjach państwowych, posiadających odpowiedzialnych kierowników, jesteśmy zdania, że pełną rękojmię skuteczności preparatów dać nam może — oddanie wytwarzania szczepionki wyłącznie tym zakładom. O prawdziwości tego zdania mieliśmy sposobność przekonać się w toku pracy w pracowni Instytutu Hygjenicznego Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie pod światłem kierownictwem Prof. Steusinga, któremu na opiekę i pomoc w tem miejscu jaknajserdeczniej dziękujemy.

Na zakończenie podajemy, że szczepionki nasze, oddane niejako dla kontroli na oddziały weneryczne żeńskie szpitala powszechnego i męskie szpitala wojskowego, potwierdziły korzystne działanie, zwłaszcza w przypadkach, gdzie preparaty fabryczne zawiodły.

Z praktyki.

Mj. lek. dr. Teofil KUCHARSKI. Jabłonna.

Przyczynek do wakcynoterapji śródżylnej duru brzusznego *).

W r. 1915 przeprowadziłem próby leczenia śródżylnemi wstrzykiwaniami szczepionki przeciwdurowej na 14 chorych durowych w b. szpitalu epidemicznym wojskowym w Opawie (K-dt kpt. dr. med. et phil. Rössler — bakterjolog). Niestety wyjazd na front uniemożliwił mi dalszą pracę a z notatek pozostały mi tylko tablice gorączkowe tak, że poniższa uwagi kreślę z pamięci i tablic gorączkowych, uważając je jedynie jako pendant do artykułu dra Ławrynowicza.

Spostrzeżenia moje zasadniczo pokrywają się z wynikami dr. Ł., wykazują jednak i różnice. U chorych durowych, u których rozpoznanie kliniczne potwierdziło badanie sero- wzgl. bakterjologiczne, wstrzykiwałem szczepionkę durową, używaną do szczepień w b. armji austrjackiej, a zawierającą około 500 miljonów bakterji w 1 cm^3 — początkowo śródżylnie 1 cm^3 na raz, u dalszej serji chorych po $^1/_2$ cm^3 śródżylnie, u trzeciej serji podskórnie 1 cm^3, ewentualnie po raz drugi $1^1/_2$ cm^3. Po wstrzykiwaniach śródżylnych zjawiał się w okresie do 20 minut dreszcz silny, sinica nieraz bardzo wyraźna, często wybitne spotęgowanie przyćmienia przytomności; objawy te były szczególnie zaznaczone u chorych po injekcji 1 cm^3. Objawy ze strony układu sercowonaczyniowego były tak groźne, że w następnych przypadkach wstrzykiwałem równocześnie ze szczepionką kamforę i kofeinę. Podwyższenie ciepłoty po injekcji w żadnym przypadku nie wyniosło więcej jak 2^0. Po injekcjach podskórnych objawy reakcji były bardzo łagodne, ciepłota podnosiła się nieznacznie. Spadek ciepłoty po injekcjach śródżylnych następował zazwyczaj po 12 godzinach, w 3 przypadkach ciepłota spadła poniżej 37^0 i trwale się utrzymywała na tym poziomie, w innych przypadkach obniżała się poniżej wysokości przed injekcjami i zwolna, litycznie schodziła do normy. Po injekcjach podskórnych gorączka stale opadała litycznie. Wyniki lecznicze: na ogólną liczbę 14 przypadków a) w 4-ch wstrzyknąłem śródżylnie 1 cm^3 szcze-

*) Patrz nr. 47/23. Pol. Gaz. Lek.

pionki, w 2-ch spadek ciepłoty nastąpił poniżej 36°, z tych w 1-ym przypadku wystąpił silny krwotok jelitowy, w 2-im zapalenie ucha środkowego — rzecz charakterystyczna — bez podniesienia ciepłoty, w 2-ch innych przypadkach powrót do normalnej ciepłoty nastąpił litycznie. U tych chorych całkowity okres gorączkowy trwał 17, 17, 29 i 31 dni czyli w 2-ch przypadkach wynik leczenia był średnio-dodatni ze względu na komplikacje, w 2-ch ujemny. b) Po $^1/_2$ cm³ szczepionki śródżylnie wstrzyknąłem u 6 chorych, z tego w 2 przypadkach nawrotu. Krytycznie do normy spadła ciepłota w 1-ym przypadku po 12 godzinach, w 2 przypadkach nawrotu ciepłota spadła do normy dopiero po 24 godzinach, w 2 przypadkach spadek ciepłoty lityczny, 1 chory zmarł w kilka godzin po injekcji wśród objawów niedomogi serca i utraty przytomności. Okres gorączkowy trwał 10, 12, 13 dni, w przypadkach nawrotu 7 i 10 dni. W tych pięciu przypadkach wynik leczniczy uważać można za dobry; w tych przypadkach wykonano injekcję najpóźniej w 11-ym dniu choroby, gdy w grupie a) w 1 przypadku wstrzyknięto szczepionkę w 11 dniu choroby a w 3-ch w 17 dn. c) W 4-ch przypadkach wstrzyknąłem podskórnie po 1 cm³, nadto u 2 z tych chorych po 2-ch dniach po $1^1/_2$ cm³ szczepionki; chorzy znieśli te zabiegi dobrze. U pierwszego chorego wstrzyknąłem w 8-ym dniu 1 cm³, w 10-ym $1^1/_2$ cm³ szczepionki, całkowity okres gorączkowy 14 dni; u II-go jedno wstrzyknięcie w 10 dn. choroby, okres gorączki 13 dni, u III-go wstrzyknięcie w 14 i 16 dniu po 1 i $1^1/_2$ cm³, okres gorączkowy 20 dni; u IV-go wstrzyknięcie w 17 ym dniu choroby, okres gorączkowy 23 dni. W tej grupie wynik leczniczy uważać można za dodatni.

W rezultacie na 14 przypadków leczonych szczepionką durową otrzymałem wynik dodatni w 9-ciu przypadkach, średnio-dodatni w 2 przypadkach, ujemny w 2 przypadkach, w jednym zejście śmiertelne.

Przypadki moje nie były specjalnie dobierane, epidemja była ciężka, dająca do 20% śmiertelności, gdy w mych przypadkach śmiertelność wyniosła 8.5%, nie licząc nawrotów. Większy odsetek z dodatnim wpływem leczniczym szczepionki w porównaniu z wynikami dr. Ławrynowicza tłumaczyćby można większemi ilościami wstrzykiwanych bakterji.

Na podstawie niewielkiego mego materjału i niedostatecznie opracowanego dochodzę do wniosku: 1) szczepionkę durową należy uważać za skuteczny środek leczniczy dla duru brzusznego; 2) do leczenia nadają się chorzy ze zdrowym systemem krwionośnym z końcem 1-go i początkiem 2-go tygodnia choroby; 3) jednorazowa dawka śródżylna winna wynosić do 250 milj. bakterji, podskórna do 500 miljonów; 4) injekcje podskórne dają wyniki równie pomyślne, nie wyczerpują jednak zbytnio chorego.

Sprawozdania poglądowe

Dr. SEIDLER Maksymilian, asystent kliniki. Lwów.

Problem czasowej sterylizacji w świetle ostatnich badań.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Doc. Dr. Bocheński Kazimierz.

Problem stałej sterylizacji kobiet tak pod względem wskazań, jakoteż i sposobu wykonania stanowi już zamkniętą kartę w piśmiennictwie. Dojście jednak do pozytywnych wyników i przyjęcie ogólne pewnego, a najprostszego sposobu wymagało dłuższego okresu czasu i szeregu doświadczeń w tym kierunku. Jeżeli przejdziemy po krótce ewolucję tego problemu i cofniemy się wstecz do czasów 1876—1882 r, a więc do czasów niedostatecznej techniki operacyjnej i braku aseptyki, do czasów panowania operacji Porro, to, jak wiadomo w czasie tym przy każdem rozwiązaniu zapomocą cięcia cesarskiego wykonywano albo całkowite wycięcie macicy, albo operację Porro, gdyż takie postępowanie dawało nieco lepsze wyniki co do życia matki. W miarę postępu aseptyki i techniki operacyjnej udoskonalonej przez Kehrera i Sängera, a następnie przez wykonywanie cięcia w dolnym odcinku — zmalało niebezpieczeństwo tego zabiegu; wobec tego nie wykonywano już sterylizacji przy cięciu cesarskiem, gdyż była możność powtórnego wykonania cięcia na wypadek ponownej ciąży bez większego niebezpieczeństwa dla kobiety. Wyjątek stanowić powinny tylko przypadki nieczyste, w których przez usunięcie macicy zmniejszamy znacznie niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia. Martius uważa za najlepszą metodę sterylizacji po cięciu cesarskiem operację Porro — naturalnie przy istniejącem wskazaniu. Myślą przewodnią autorów, podających inne sposoby sterylizacji było uniemożliwienie przejścia komórki jajowej przez kanał trąbki, a więc podwiązywanie trąbki, przecinanie, przemieszczanie do kanału pachwinowego (Steckel), częściowe wycięcie i wszycie kikuta do kanału pachwinowego (Menge), albo do pochwy przy sposobności przymocowania macicy do pochwy, lub między blaszki więzadła szerokiego (Braun-Fernwald). Najpewniejszym z tych sposobów jest zupełne wycięcie klinowe trąbek i obszycie otrzewną, gdyż przy innych sposobach zdarzały się przypadki zajścia w ciążę — według Nürnbergera w 6·5% przypadków. — Ogółem istnieje przeszło 40 sposobów operacyjnych sterylizacji. Operację sterylizacji uważać należy jako zabieg zupełnie samodzielny, celowy, a nie dodatkowy, nie przypadkowy. Jeżeli idzie o przerwanie ciąży i zapobieżenie jej w przyszłości, należy oba zabiegi wykonać równocześnie t. j. usunąć ciążę i wykonać sterylizację i to albo drogą od strony pochwy (Pfeilsticker, Werner i t. d), albo przez otwarcie jamy brzusznej (Sellheim, Vogt, Walthard, Anderes, Freund i inni). Gauss w 1911 roku wprowadza sterylizację stałą zapomocą naświetlań promieniami Roentgena, dawką kastracyjną. Nie mam zamiaru wdawać się w ocenę sposobu operacyjnego i roentgenologicznego; panują pod tym względem sprzeczne zdania; w każdym razie pamiętać o tem musimy, że zniszczenie funkcji jajników, ich hormonalnego działania zapomocą naświetlań promieniami Roentgena dla organizmu młodego nie jest obojętne. Liczyć się przy tem należy z ujemnym wpływem promieni na cały organizm (Sellheim). Nie jest rzeczą dotąd ustaloną, jaki wpływ wywiera zniszczenie jajników promieniami Roentgena na organizm osób dotkniętych gruźlicą, lub na przebieg samej gruźlicy. Spostrzeżenia licznych autorów są pod tym względem sprzeczne; podczas gdy jedni jak n. p. Walthard twierdzą, że wypadnięcie funkcji jajników nie pociąga za sobą typowych zaburzeń, to zdaniem innych (Heil) objawy wypadnięcia funkcji u osób gruźliczych mają być wyraźniejsze i przykrzejsze, a wreszcie według doświadczeń Thalera kastracja ma zmniejszać odporność organizmu przeciw lasecznikom gruźliczym. Co do wskazań do sterylizacji panuje między autorami mniej więcej jednomyślność; uważają za takowe:

1. Ścieśnienie miednicy II. i III. stopnia, jeżeli przy poprzednich porodach rodziły się nieżywe dzieci. — Według Gönnera, Sołowija ścieśnienia miednicy, które wymagają rozwiązania zapomocą cięcia cesarskiego, lub wymóżdżenia stanowią bezwzględne wskazanie do sterylizacji — Krönig i Winter nie uznają tego wskazania i polecają w podobnych przypadkach rozszerzanie miednicy przy pomocy przepiłowania kości łonowej, lub cięcie cesarskie.

2. Ciężkie stany wyczerpania po częstych porodach.

3. Nerwice i choroby umysłowe, tak ze względu na znaczne pogorszenie stanu w ciąży, jak również i ze względów eugenetycznych.

4. Choroby serca — według Wintera zwężenia ujścia żylnego lewego, jeżeli w poprzedniej ciąży wystąpiły ciężkie objawy niewyrównania.

Co do innych schorzeń serca panuje szereg zastrzeżeń.

5. Gruźlica płuc dalej posunięta i krtani.

6. Choroby nerek z ciężkiemi powikłaniami.

7. *Dementia praecox* według Wintera, który natomiast nie uznaje choroby Basedowa, cukrzycy, tężyczki, rozmiękczenia kości za wskazania do sterylizacji.

8. Całkowite wypadnięcie pochwy i macicy u kobiet

przy zbliżającym się okresie przekwitania, zwłaszcza, jeżeli już rodziły.

Jak z jednej strony większość powyższych chorób daje nam bezwzględne wskazanie do stałej sterylizacji, tak z drugiej strony przy niektórych z nich rozstrzygnięcie jest nieraz bardzo trudne zwłaszcza, że wiele z tych kobiet na proponowany zabieg stałej sterylizacji niechętnie się godzi.

Wobec tego w roku 1877 podał Beutner myśl czasowej sterylizacji, która zapobiegając czasowo ciąży, mogła przyczynić się do poprawy, a nawet i wyleczenia danej choroby, a nie pozbawiałaby możności ponownego zastąpienia w przyszłości. Problem ten jednak jeszcze i dzisiaj nie znalazł ogólnego uznania. Tak poważni autorzy jak Liebhard, Opitz, Fehling twierdzą, że czasowa sterylizacja niema żadnego uzasadnienia. Zdaniem ich wskazania do sterylizacji są stałe, należy więc robić stałą sterylizację. »Gruźlicę — gdyż tę przedewszystkiem mamy na myśli przy czasowej sterylizacji — można wyleczyć, ale konstytucji, która jest usposobieniem do niej nigdy«. Inni jak Burckhard, Fetzer nie uznają ujemnego wpływu ciąży na gruźlicę płuc, przynajmniej w nieczynnym procesie; Pinard nawet twierdził, że ciąża wywołuje korzystny wpływ na ów proces chorobowy. Pojęcia jednak pod tym względem uległy zasadniczym zmianom, i według dzisiejszych zasad nauki nie ulega najmniejszej wątpliwości, że ciąża jest poważnem powikłaniem gruźlicy. Jeżeli jednak mamy choćby słabe widoki na poprawę stanu chorobowego, idea Beutnera czasowej sterylizacji u kobiet nie mających dzieci wydaje się bardzo szczęśliwą. Wobec niepewnego działania środków zapobiegających zastąpieniu pojawiły się próby osiągnięcia czasowej sterylizacji na drodze operacyjnej. Myślą przewodnią w tym kierunku podaną przez Sellheima było przemieszczenie wśród- lub pozaotrzewnowo jednego z organów czynnych przy zastąpieniu t. j. trąbek lub jajników przy zachowaniu funkcji tychże — a więc uniemożliwienie dojścia komórki jajowej do trąbki a tem samem zapłodnienia. I tak Stoeckel przemieszcza ujście brzuszne trąbki na zewnątrz kanału pachwinowego między mięśnie a powięź; to samo stara się uzyskać Hellendal, wszywając ujścia trąbek w powłoki brzuszne. Pfeilsticker operuje od strony pochwy i przyszywa strzępki trąbek z przodu na więzadło szerokie lub umieszcza je pozaotrzewnowo na przedniej ścianie macicy w ten sposób, że fałd otrzewnej przyszywa wyżej — niż normalnie leży — na przedniej ścianie macicy. Freund przy interpozycji z powodu wypadnięcia macicy przyszywa trąbki do pochwy, otaczając je fałdem otrzewnowym. Sellheim przemieszcza trąbki śródotrzewnowo między blaszki więzadła szerokiego, lub pozaotrzewnowo w ten sposób, że przez tylne sklepienie pochwy przeciąga trąbki i tu je przyszywa. Wszystkie powyższe sposoby nie dają pewności sterylizacji, są bowiem znane przypadki ciąży pomimo podwójnego podwiązania trąbek, a nawet przecięcia tychże. — Możliwość ta jest tem większa przy sposobie Sellheima, w którym lejek trąbki z powodu silnego rozrostu komórek nabłonkowych, zniszczywszy tylną blaszkę więzadła szerokiego znajdzie się znów w wolnej jamie brzusznej. Z punktu widzenia fizjologji trudno sobie wyobrazić, aby trąbka — choćby tylko na krótki czas — czy to zgnieciona i podwiązana (Madlener), czy to przemieszczona, a więc usunięta ze swego pierwotnego położenia i warunków ciśnienia śródbrzusznego, mogła odzyskać powtórnie swą drożność i ów znany, delikatny ruch strzępków. Z tych powodów sposób przemieszczania trąbek w celu osiągnięcia czasowej sterylizacji nie zyskał sobie prawa obywatelstwa, lecz przeciwnie liczy nawet zdecydowanych przeciwników jak A. Mayer lub Fehling, który cały ten zabieg nazywa zabawką.

O wiele słuszniejsze wydaje się przemieszczanie w tym samym celu jajnika, jako organu odporniejszego ze względu na swą budowę histologiczną. Doświadczenie w tym kierunku datuje się od roku 1905; w tym to roku bowiem Van de Velde wszył jajnik w kanał pachwinowy. W roku 1909 Taddei wykonuje doświadczenia na królikach, a mianowicie wszczepia jajniki między blaszki więzadła szerokiego. Nie uzyskał jednak dodatnich wyników. W tym samym r. M. Paná podaje wyniki doświadczeń na zwłokach ludzkich i przekonał się, że przemieszczenie jajników między blaszki więzadła szerokiego jest wykonalne. Bucura nie znając powyższych doświadczeń, wykonuje próby podobne na zwierzętach. Pierwszy u ludzi wszczepia jajniki między blaszki otrzewny więzadła szerokiego Van de Velde w roku 1907, a w roku 1908 wykonuje przemieszczenie jajników przez sztuczny otwór w więzadle szerokiem na jego przednią powierzchnię i dokładnie odgranicza jajniki przez obszycie otrzewną z fałdu pęcherzowo macicznego i tylnej blaszki krezki własnej jajnika. Prawo autorstwa wykonania pierwszej sterylizacji czasowej przez przemieszczenie jajników zastrzega sobie Blumberg, gdyż on pierwszy ogłosił 6 przypadków w roku 1911, w których dokonał sterylizacji zapomocą całkowitego oddzielenia jajników od trąbek przez przyszycie wolnych brzegów więzadeł szerokich do tylnej ściany macicy. Jajniki leżą wówczas w całkowicie zamkniętej przestrzeni otrzewnowej. Najprostszym sposobem przemieszczania jajników byłoby wszycie ich w kanał pachwinowy, co pierwszy wykonał Van de Velde, a rozpowszechnił Gutbrod (w 6. przypadkach). Technika zabiegu jest bardzo prosta: odpreparowanie kanału pachwinowego, otwarcie uchyłku otrzewnowego (*processus peritonei*) przy więzadle okrągłem, rozluźnienie jajnika i przyszycie otrzewnej do jego brzegu krezkowego; ranę zeszywa się sposobem Alexandra Adams'a. Sposób ów miałby tę zaletę, że nie potrzebujemy wykonywać otwarcia jamy brzusznej, nie daje nam jednak zupełnej pewności (zajście w ciążę w 1. przypadku), ze stanowiska zaś fizjologji nie wytrzymuje krytyki. Funkcja jajnika musi uledz zmianie w zmienionych warunkach; delikatna powierzchnia jajnika zmienia się w nowem otoczeniu; nabłonek zarodkowy może ulec łączno-tkankowemu zwyrodnieniu; dojrzewanie pęcherzyków staje się niemożliwem. Dolegliwości z powodu powierzchownego umiejscowienia jajników znaczne. Z tych więc powodów przemieszczanie jajników poza jamę brzuszną nie może być wogóle sposobem czasowej sterylizacji. Jedynie sposoby Blumberga i Van de Velde przez pozostawienie jajników w jamie brzusznej w ich fizjologicznych warunkach w ściśle zamkniętej przestrzeni otrzewnowej zasługują na uznanie; możliwość zaś zajścia w ciążę po zwolnieniu jajnika z jego przemieszczenia, czego dowodem przypadek Van de Velde'a — problem czasowej sterylizacji rozwiązuje zadawalająco. (Nadmienić należy, że w tym przypadku autor nie znalazł żadnych zrostów jajników z otoczeniem, jajniki zmian nie wykazywały, trąbki leżały prawidłowo, usunął tylko kieszonkę otrzewnową, pozostawiając jednak jajnik na przedniej powierzchni więzadła szerokiego; chora po 4 tyg. zaszła w ciążę). Pamiętać przy tem musimy, że operować powinniśmy jak najdelikatniej i nie w okresie połogu lub regularności, celem uniknięcia krwawień, a co zatem idzie i zrostów. Wykonanie laparatomji celem uzyskania czasowej sterylizacji za zgodą chorej nie napotyka zazwyczaj na większe trudności z jej strony, trudniejszą zato jest rzeczą nakłonić ją na powtórną laparatomię celem uzyskania możliwości zastąpienia. Trzeba i to uwzględnić, że otwarcie jamy brzusznej samo przez się nie jest również zabiegiem zupełnie obojętnym. Jak z tego widać sprawa ta jednak nie przedstawia się tak pojedyńczo.

Badaniu szczegółowemu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu zawdzięczamy poznanie własności hormonalnych jajnika i udowodnienie doświadczeniem na zwierzętach zahamowania jajeczkowania u tych zwierząt, którym wstrzyknięto wyciągi z ciałka żółtego jajnika zwierzęcia nie będącego w ciąży (Loeb, Hermann, Stein). Tem wyraźniej ustaje dojrzewanie pęcherzyków przez wstrzykiwanie wyciągów z ciałka żółtego ciąży, względnie przeszczepianie jajników zwierząt ciężarnych temu samemu gatunkowi. Szereg doświadczeń w tym kierunku wykonał Haberlandt, który przeszczepiał podskórnie jajniki ciężarnych świnek morskich i królików temu samemu gatunkowi zwierząt i przekonał się, że w połowie przypadków mimo sprzężenia (15—21 razy) zapłodnienie nie nastąpiło przynajmniej w okresie 3—4 miesięcy u królików, a 3 — 4 tygodni u świnek morskich. Wstrzykiwaniami podskórnemi ciałka żółtego miesiączkowego, albo nie osiągał żadnych wyników, albo bardzo słabe i to

przy dawkach znacznych (królikom 11 gr. ciałk. żółt. w ciągu miesiąca, a krowom do 19.6 gr). Ujemnego wpływu na organizm nie zauważył. Doświadczalnie więc wywoływał on stan taki sam, jaki normalnie w czasie ciąży istnieje. Badanie histologiczne jajników po wstrzykiwaniach ciałk. żółt. ciąży na szczycie działania wykazywało istnienie wprawdzie licznych małych pęcherzyków, ale zupełny brak dojrzałych, gotowych do pęknięcia — tkanka śródmiąższowa silnie rozwinięta. Jajniki zaś przeszczepione wykazywały silny rozwój komórek śródmiąższowych przy równoczesnem zwyrodnieniu pęcherzyków. Z tych doświadczeń wysuwa autor wniosek, że wewnętrznemu wydzielaniu komórek śródmiąższowych należy również przypisać hamujące działanie w kierunku dojrzewania pęcherzyków, czego dowodem jest ich silne bujanie w czasie, w którym w ciałku żółtem odbywają się zmiany wsteczne (z końcem II. i w III. miesiąca ciąży). Jako klasyczny przykład hamującego działania ciałka żółtego na jajeczkowanie może posłużyć spostrzeżenie, że usunięcie ciałka żółt. trwałego u krów pozwala z łatwością na powtórną ciążę.

Kiedy w łożysku, oprócz czynników (hormonów) wpływających na rozrost macicy i gruczołu mlecznego, wywołujących bóle porodowe (Kratzeisen, Martin, Puppel, Pock) wykryto także własności hamujące jajeczkowanie (Haberladt, Fellner) zaczęto także placenta-opton wstrzykiwać, w celu wywołania czasowej sterylizacji u zwierząt i otrzymano wyniki równe z wynikami poprzednimi. W drugiej więc połowie ciąży, kiedy ciałko żółte uległo wstecznym zmianom, zastępczo rolę jego obejmują komórki śródmiąższowe jajnika i łożysko. Placenta-opton według dotychczasowych wyników doświadczalnych — stosowany w małych dawkach przyczynia się do rozwoju macicy i usunięcia braku miesiączki; w dawkach większych przeciwnie przez wstrzymanie jajeczkowania wywołuje brak miesiączki z następną bezpłodnością. Greil w doświadczeniach Haberlandta widzi nie działanie hormonalne, lecz trujące, bo takie same wyniki osiągniemy, jeżeli zamiast stosowania tak wysokich dawek wyciągów jajnikowych będziemy podawać zasady choliny, sperminę, maloinę, adrenalinę i jod w większych dawkach. Wobec tych problematycznych wyników, a także ze względów eugenetycznych, biologji rasy i t. d. przeniesienie prób czasowej sterylizacji ze zwierząt na ludzi, na drodze hormonalnej nie znalazło zastosowania. Inaczej rzecz się ma ze stosowaniem promieni Roentgena. Zapomocą tychże możemy stopień uszkodzenia jajników i czas niedojrzewania pęcherzyków regulować; idea więc Fränkla i Gauss'a (1911 r.) czasowej sterylizacji tym sposobem znajduje coraz większe rozpowszechnienie. Badania wpływu promieni Roentgena na gruczoły rozrodcze datują się od roku 1903. Wówczas to Albers-Schönberg w jądrach królików wykazał zniszczenie komórek nasiennych — spermatozoy i tkanka łączna były nieuszkodzone. Halberstädter w 1905 r. stwierdził zwyrodnienie pierwotnych pęcherzyków (Primordialfollikel) i zniszczenie pęcherzyków Graaf'a Roulier i Burkhard v myszy i psów nie osiągnęli wyników dodatnich. Specht oprócz powyższych wyników podaje uszkodzenie miąższu jajnikowego. Fränkel w roku 1907 pierwszy zastosował naświetlanie u kobiet w celu wywołania czasowego braku miesiączki. W 28-iu przypadkach osiągnął czasowy brak miesiączki trwający $^1/_2$—$1^1/_2$ roku. Nasuwa się pytanie, jak należy sobie wytłumaczyć odzyskanie prawidłowej czynności jajników, po czasowej pauzie wywołanej naświetlaniem. Istnieją według Pankowa 3 możliwości: 1. Powstają nowe pęcherzyki – według Waldeyer'a powstanie nabłonka rozrodczego w życiu pozapłodowem jest nieprawdopodobne, a u dorosłych niemożliwe. 2. Następuje odnowa (regeneracja) lekko uszkodzonych pęcherzyków (doświadczenia na zwierzętach Reifferscheida przeczą jednak temu). 3. Nieuszkodzone pęcherzyki dojrzewają i to tłumaczenie zdaje się być najwięcej bliskie prawdy. Badania Eymera, Hermanna, Schiffmanna i innych dowiodły, że zależnie od dawki ulegają zniszczeniu stopniowo dojrzewające pęcherzyki, pęcherzyki Graafa, pierwotne pęcherzyki, ciałko żółte, nabłonek naczyniowy, wreszcie nabłonek rozrodczy (zarodkowy). Stosując więc małe dawki, chronimy od zniszczenia pęcherzyki pierwotne. Braun twierdzi, że i całkiem dojrzałe pęcherzyki nie ulegają zniszczeniu, co tłumaczy nam wystąpienie jeszcze kilkakrotne miesiączki po naświetlaniu małemi dawkami. Sprzeczne są zdania co do wpływu promieni Roentgena na komórki jajnikowe tworzące t. zw. Interstitielle Drüse. Według Reifferscheida, Seitza, Wintera, Brauna i te komórki przy dawkach dużych ulegają zniszczeniu, według Hyssy'ego i Walhert'a przeciwnie, ulegają rozrostowi, przez co objawy wypadnięcia czynności po kastracji roentgenowej są znacznie mniejsze niż po operacyjnej Jak co do wpływu promieni Roentgena na wywołanie czasowego braku miesiączki pojęcia autorów są do pewnego stopnia zgodne, tak co się tyczy wpływu na powstanie i rozwój późniejszy ciąży i potomstwo panują bardzo rozbieżne zdania. Przy stosowaniu promieni Roentgena w celu wywołania czasowej sterylizacji, powinniśmy się poważnie liczyć z następującemi skutkami:

1. Silne objawy wytrzebienia u osób młodszych.
2. Trwałe zaburzenie, względnie zniszczenie czynności jajników.
3. Zaburzenia w późniejszej ciąży, wzgl. nieprawidłowy jej przebieg.
4. Ujemny wpływ na potomstwo.

Co się tyczy pierwszego punktu, to objawy wypadnięcia czynności jajników występują w znacznie słabszym stopniu po wytrzebieniu roentgenologicznem, niż po operacyjnem. Wytłumaczenie tego znajdujemy w powolnem, stopniowem zanikaniu poszczególnych części jajnika, a także najprawdopodobniej i w hormonalnem działaniu t. z. gruczołu śródmiąższowego *(Interstitielle Drüse)*, który pod wpływem Roentgena ulega nawet wzrostowi. [Wystąpienie objawów wazomotorycznych i psychicznych zależy jedynie od aparatu follikularnego (Pankow)] Czas ustania regularności zależy od dawki i jej stosowania. Dzięki Seitz-Winterowi, Krönig-Friedrichowi posiadamy dokładny sposób dawkowania i dawkę tę znamy. Werner stosując powyższą dawkę otrzymał ustanie regularności najwyżej do 2 lat. Czy jednak dawka t. z. jajnikowa i kastracyjna zależnie od indywidualnych cech i konstytucji nie stoją bardzo blizko siebie, zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości i dlatego też Lorey ostrzega przed schematyzowaniem.

Co się tyczy trzeciego punktu t. z. zaburzeń ciąży i uszkodzeń płodu to ten byłby najważniejszy. Obawy te powstały na podstawie doświadczeń Körnicke'go, Gaussa, Lembecke'go na nasionach roślin i O. Hertwiga na jajach i plemnikach jeża i żab, w których to doświadczeniach stwierdzono wybitne wady rozwojowe u potomstwa pod wpływem działania promieni Roentgena. Albers-Schönberg, Döderlein, Hirsch, Ebeler wypowiadają zdanie, że komórki jajowe ulegają uszkodzeniu promieniami Roentgena, a jeżeli przyjdzie do zapłodnienia tychże, rodzą się potworki. Hirsch uważa promienie Roentgena za truciznę dla komórki jajowej — podobnie jak alkohol i t. p. Unterberger, opierając się na swych doświadczeniach na motylach (*acneria dispar*), w których stwierdził zahamowanie rozwoju potomstwa, jest wielkim przeciwnikiem stosowania promieni Roentgena u osób mogących jeszcze zajść w ciążę. Inne wyniki osiągali autorowie, którzy nie naświetlali komórek jajowych wprost, ale jajniki w ich położeniu w jamie brzusznej. Do doświadczeń używali myszy, świnek morskich i królików, i stwierdzili albo bezpłodność, albo poronienie pod wpływem zmian w błonie śluzowej, a o ile ciąża przebiegała do końca, to potomstwo nie wykazywało wad rozwojowych (Okińczyc, Trillmich, von Seiffert). Nürnberger na podstawie swych rozległych doświadczeń u zwierząt wyższych stwierdza albo bezpłodność, albo — o ile nastąpi ciąża — wpływ promieni Roentgena na potomstwo zupełnie nie istnieje, a zmiany, które występują są całkiem przypadkowe. Nie należy się więc obawiać pod tym względem stosowania promieni Roentgena w celu wywołania czasowej sterylizacji u kobiet. Do tego sa ego wniosku dochodzi Panków (1920 r.), opierając się na przypadkach Edelberga, Zangenmeistra, Wernera, Köhlera, Benthina i innych. W przypadkach powyż-

szych autorów, ciąża i poród u kobiet naświetlanych przebiegały zupełnie prawidłowo, a potomstwo zmian żadnych nie wykazało. Werner podaje, że w 24 przypadkach naświetlanych, tylko w 6 udało mu się zyskać czasowy brak miesiączki, przyszło zaś do zapłodnienia i do rozwoju prawidłowej ciąży, które kończyły się prawidłowym porodem, częściej jednak poronieniem. Płody nie wykazywały zmian, w późniejszych jednak latach potomstwo wykazywało powstrzymanie rozwoju. Według tego autora, dopiero kontrola tego potomstwa, aż do okresu pokwitania i rozmnażania, wyrobić nam może pewien sąd o wpływie naświetlań na potomstwo. Najbogatszym materjałem doświadczalnym i to u ludzi rozporządza Nanjoks. Stosował on w 62 przypadkach naświetlanie w celu wywołania czasowego braku miesiączki, posługując się metodą Seitza-Winter'a t. z. używał 30% dawki skórnej w jednej serji. Z doświadczeń jego wynika, że obawa wywołania stałej sterylizacji u kobiet do 30 roku życia przy powyższej technice jest bezpodstawną, gdyż czas trwania braku miesiączki nie przekracza 2—13 miesięcy; objawy wypadnięcia czynności jajników są minimalne Osoby gruźlicze znoszą ustanie regularności bardzo dobrze, a mając na względzie pogarszanie stanu specyficznego w czasie każdej regularności, stosowanie promieni Roentgena w celu osiągnięcia czasowej sterylizacji, zwłaszcza u tych osób, jest godne polecenia. Co do wpływu szkodliwego promieni Roentgena na potomstwo, jeden przypadek autora normalnej ciąży i porodu dziecka prawidłowo fizycznie i psychicznie się rozwijającego (obserwacja $5^1/_2$ lat), nie może posłużyć jako dowód bezpodstawności zarzutów przeciwników naświetlania, jako sposobu czasowej sterylizacji, jakkolwiek z drugiej strony nie jest do tej pory znany przypadek bezwzględnego uszkodzenia potomstwa w następstwie naświetlania. Ideał osiągania czasowej sterylizacji zapomocą naświetlania uzyskamy wówczas, jeżeli posiądziemy możność regulowania czasu trwania braku miesiączki przez ulepszenie aparatów, a tem samem delikatniejszego dawkowania.

Jak z powyższego wynika, nie posiadamy idealnego sposobu uzyskania czasowej sterylizacji. Sądzę, że należy sposób operacyjny lub roentgenowy stosować indywidualnie i uzależnić między innemi od czasu trwania ciąży. I tak, jeśli mamy do czynienia z przypadkiem ciąży powyżej 3 miesięcy, najlepiej jest wykonać laparatomję, wypróżnić macicę przy pomocy cięcia na jej przedniej ścianie — (to samo zalecają między innymi Vogt, Walthard, Anderes, Loeffler) — a następnie przemieścić jajniki sposobem Blumberga lub Van de Velde. Przy ciąży do 3 miesięcy lepiej jest wypróżnić macicę od strony pochwy, później dopiero naświetlać jajniki, celem uzyskania czasowej sterylizacji.

Oceny i sprawozdania.

Ebermayer. **Arzt und Patient in der Rechtsprechung.** Stronic 282. Berlin 1924.

Szereg zagadnień z zakresu stosunku prawnego między lekarzem a chorym — w świetle orzeczeń sądów niemieckich. O zakresie możności, jakie z tego stosunku mogą powstać daje pojęcie następujący spis rozdziałów, stanowiących treść książki.

1. Prawo publiczne: a) lekarz jako urzędnik; b) aprobacja i tytuły; c) związki lekarskie. 2. Sądy honorowe. 3. Tajemnica lekarska. 4. Lekarz jako rzeczoznawca. 5. Odpowiedzialność lekarska za błędy. Odpowiedzialność cywilna lekarza zakładu lekarskiego Odpowiedzialność karna. 6. Prawo do wykonania zabiegu operacyjnego. 7. Stanowisko lekarza w nowo opracowywanem prawodawstwie niemieckiem i austrjackiem. 8. Pobory lekarskie. 9. Zagadnienia z zakresu honorarjów lekarskich. 10. Podatki płacone przez lekarzy. 11. Obowiązek ranionego do poddania się operacji. 12. Ustawa o ubezpieczeniu i Kasy chorych: Stanowisko lekarza w Kasie. Umowa między lekarzem a Kasą. Prawa i obowiązki Kasy. Środki lecznicze i leczenie chorych. 13. Medycyna publiczna: Walka z chorobami wenerycznemi. Wywoływanie poronień. Eutanazja.

Nie wszystkie poglądy autora na godność stanu lekarskiego odpowiadają naszym, nie wszystkie wyroki sądów niemieckich są zgodne z naszem poczuciem prawa i słuszności. Inne, do niedawna, było położenie prawno społeczne stanu lekarskiego, inne poczucie własnej godności i obowiązków zawodowych, aniżeli to, jakie wyziera z wielu przytoczonych orzeczeń przedstawicielstwa lekarskiego i sądowych. Niestety jednak, zasadnicze zmiany, jakim ulega w chwili obecnej prawne i społeczne położenie lekarza w Polsce zwiastują też i zmianę — z musu — naszego sposobu ujmowania zagadnień praw i obowiązków lekarza.

Zrównanie z kupcami i rękodzielnikami*) jako płatnicy podatków (podatek od »obrotu« lekarskiego), coraz i coraz częściej nie wykonawcy wolnego zawodu, lecz urzędnicy Kasy chorych, zależni od widzimisię Zarządu, dyrektora, lekarza naczelnego, węszący (w osobach mniej odpornych jednostek) za wiatrem partyjnym, przynoszącym, w danej chwili zysk i przewagę nad kolegami — staje lekarz i w Polsce przed nowym szeregiem zagadnień, których jego zawód humanitarny jeszcze niedawno nie przewidywał.

Przygotować się do różnorodnych trudności, jakie mu staną na drodze w jego nowem stanowisku wśród społeczeństwa, trzeba koniecznie. Tembardziej, że ulepszenia społeczne, stanowiące konieczność rozwoju socjalnego państw współczesnych, dzieją się właśnie kosztem zdeklasowania lekarzy, materjalnego i moralnego.

Autorem zbioru, o którym mowa, jest prawnik, adwokat. Staje się i u nas sprawą pilną, by prawnicy (przedewszystkiem zaś prawodawcy) więcej uwagi poświęcili zagadnieniom prawnym, jakie nowy układ stosunków wysuwa.

Przed kilku miesiącami — z powodu żądania policji wydania pewnej historji choroby ze szpitala — zwołana została w jednem z największych miast Polski konferencja półurzędowa, w skład której weszli najwyżsi przedstawiciele miejscowej magistratury sądowej (prezes, wice-prezes i prokurator sądu okręgowego) i przedstawiciele instytucyj lekarskich — w celu rozważenia zagadnień płynących z przepisu o tajemnicy lekarskiej. Wymiana zdań wykazała, jak dalece nieokreślone i sporne są w chwili obecnej nasze w tej mierze przepisy i jak mało pogłębiony ich wykład (interpretacja). Szczególniej, jeśli mowa o kompetencjach policji.

S. S.

Przegląd piśmiennictwa.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 1. 1924.

Perrin i Jovanovitch **Odruch okosercowy u chorych na gruźlicę płuc.** W przeciwieństwie do wielkiej ilości prac o odruchu okosercowym (R. O. C. w skróceniu autorów) w najrozmaitszych cierpieniach — kwestja ta w stosunku do gruźlicy płuc jest mało opracowana; istnieją tylko przypadkowe spostrzeżenia tyczące się R. O. C. u chorych z innemi cierpieniami, u których współcześnie istniały zmiany gruźlicze w płucach Autorzy badali odruch okosercowy u 45 chorych kobiet z różnemi postaciami gruźlicy płuc od najlżejszych, łagodnych, początkowych postaci do najcięższych, w okresach końcowych i szybko przebiegających. Wyniki otrzymali następujące:

R. O. C. — normalny (zwolnienie tętna o 4 do 10 na minutę) — stwierdzono w 10 przypadkach czyli u 22,22%. R. O. C. wzmożony (zwolnienie tętna o 12 do 20 uderzeń na minutę) w 11 przypadkach, czyli u 24,24% R. O. C. silnie wzmożony (zwolnienie przewyższa 20 uderzeń na minutę) — w 11 przypadkach czyli u 24,24%. R. O. C. nie wykrywa się w 10 przypadkach, czyli u 22,22% R. O. C., o typie odwrotnym, gdy ilość tętna bywa zwiększona o 4 uderzenia na minutę—w trzech przypadkach, czyli u 6,66%.

*) Jeżeli na str. 168-ej omawianej książki znajdujemy ustęp brzmiący: »Nie wypada też, by lekarz żądał osobnego wynagrodzenia za wydłutowanie wyrostka sutkowego, za otworzenie jamy sutkowej, za otworzenie tylnej jamy czaszkowej i za otworzenie ropnia«; to jedynie zrównanie prawne lekarza na równi z rękodzielnikiem mogło wywołać potrzebę takiego postawienia kwestji!

A więc podczas gdy R. O. C. — normalny spotyka się w 60% u zdrowych osobników — u chorych na gruźlicę płuc tylko w 22%. Liczby te wskazują, jak często jest dotknięty w gruźlicy płuc układ wegetatywny. Badania farmakodynamiczne autorów potwierdzają powyższe dane. Wzmożone napięcie nerwu błędnego autorzy spotykali w 48%, zmniejszone napięcie nerwu błędnego w 22,22%, taki sam odsetek odruchu normalnego, wzmożone napięcie nerwu sympatycznego autorzy spotykali znacznie rzadziej niż u zdrowych, bo w 6,66% zamiast 20%.

Chcąc wyciągnąć wnioski w rokowaniu z otrzymanych wyników R. O. C. — autorzy rozpatrują stosunek otrzymanych wyników do poszczególnych postaci chorobowych.

Odczyn normalny. Po za 2 choremi — wszystkie pozostałe miały nieznaczne objawy toksyczne; były to postacie łagodne lub postacie posunięte, kiedy postęp choroby datował się od niedawna.

Odczyn wzmożony spotykał się u osób z silnemi objawami toksycznemi.

Odczyn silnie wzmożony. Objawy toksyczne są silniej wyrażone, niż w grupie poprzedniej.

Odczyn o typie odwrotnym spotyka się naogół rzadko u chorych z różnemi postaciami choroby.

R. O. C. — ujemny — spotyka się w przypadkach chorobowych daleko posuniętych, powikłanych przez cierpienie krtani, otrzewnej, jelit, nadnerczy, z charłactwem i brakiem odporności; często spotykano współcześnie anergję przed zgonem.

R. O. C., zdaniem autorów, wyraża stopień nasycenia się ustroju toksynami i zmienia się w zależności od postępu sprawy chorobowej.

Jest to jedyny wniosek w rokowaniu, który można wyciągnąć na zasadzie badań autorów.

Dr. *A. S. Tenenbaum* (Łódź).

Journal d'Urologie.

Nr. 1. — Styczeń. — 1924.

Antoine Dor. **Cystoskopja drogą nadłonową u chorych po cystostomji.** W ciągu 2 lat miał autor sposobność na swej klinice dróg moczowych w Marsylji, wykonać taką cystoskopję u 60 chorych po cystostomji. Przed nim stosowali ją Kraske, Kalischer i Katz. Wskazanie do tej metody cystoskopji istnieje tam, gdzie przed cystostomją nie można było oglądnąć pęcherza cystoskopem z powodu przeszkód w cewce lub sterczu, z powodu krwiomoczu lub niebezpieczeństwa zakażenia, zwłaszcza u ludzi z rozciągniętym pęcherzem, wreszcie tam, gdzie już przed cystostomją cystoskopja była niedokładna z powodu przeszkód. Warunkiem jest: 1) możność wypełnienia pęcherza minimalnie 20—50 cm³ płynu, 2) otwór cystostomijny szerokości około 20° skali Charrière, 20—30 dni po operacji, bez owrzodzeń skórnych. 3) Cystoskop musi zatykać ten otwór i gdy jest za cieńki, wsuwa go się w dren. Wykonanie: Przez cewnik wprowadzony przez cewkę i przez cewnik Pezzera płucze pęcherz aż do czystości, o ile cewka niedrożna, tylko górą; jeżeli płyn ciągle mętnieje, przez cewnik moczowodowy po wprowadzeniu ureteroskopu; wypełnienie pęcherza, aż wystąpi parcie na mocz. Badający siedzi z przodu między udami badanego, lub z boku, by móc zobaczyć ujścia moczowodowe. Cystoskopja nadłonowa wyklucza zakażenie i jest niebolesna. Przy zatrzymaniu moczu z powodu przerostu sterczu, można dokładnie widzieć jego płaty, szczególnie ładnie przedstawia się płat trzeci; można ewentualnie stwierdzić, że przyczyną zatrzymania moczu jest nie przerost sterczu, lecz t. zw. przez Escata zmiany wsteczne twardniejące szyjki, *l'involution scléreuse du col*«. Przy guzach sterczu cystoskopja podbrzuszna jest utrudniona, gdyż wypełnienie pęcherza jest szczególnie bolesne. Niekiedy pięknie widać rozsiane po pęcherzu guzki nowotworowe Przy guzach pęcherza dopiero taka cystoskopja daje sposobność stwierdzenia istnienia i właściwego umiejscowienia guza, przeoczonego z jakiegoś powodu przy zwykłej cystoskopji. Ważną jest rzeczą przy dobrotliwych guzach przekonać się przed zagojeniem przetoki, czy operacja była radykalną i czy niema nawrotu. Przy uchyłku pęcherza metoda ta przyczynia się do umiejscowienia jego, umożliwia przemywanie go cewnikiem moczowodowym przed operacja, przez co polepsza jej wyniki. Sondowanie moczowodów tą drogą w celach rozpoznawczych, czy leczniczych, nie przedstawia większych trudności, a jest mniej bolesne, niż drogą naturalną. Zabiegi cystoskopem operacyjnym śródpęcherzowe można tą drogą również wykonywać, zwłaszcza diatermję.

J. Rutkowski. **Przypadek bezmoczu odruchowego.** Autor opisuje rzadki przypadek z kl. chir. II. Uniw. Warsz. bezmoczu, na drodze odruchowej od cewki, po zwykłem nacięciu cewki od wewnątrz, trwającego przez 4 dni, poczem nastąpiło wyzdrowienie. *Damański* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

XXI. Zjazd Chirurgów polskich

we Lwowie w dniach 10., 11., 12., lipca 1924. r.

II. Dzień obrad.

III. Posiedzenie.

Asesorowie: Rechniowski (Piotrków), Tymieniecki (Warszawa).

13. Temat programowy. Nowakowski Kazimierz (Poznań): **O schorzeniach trzustki.**

Wyczerpujący wykład o anatomji, fizjologji i patologji trzustki; omówienie szczególowe ostrych zachorzeń trzustki, martwicy, ostrego ropnego zapalenia i ropni trzustki. Niemniej uwzględnienie zapaleń przewlekłych trzustki, torbieli, nowotworów, urazów i kamicy. Po przedstawieniu strony klinicznej tych rodzajów cierpień, omówił mówca sposoby leczenia, zwłaszcza chirurgicznego, uwzględniając piśmiennictwo i najnowsze teorje o znaczeniu trzustki.

14. Ciechomski Andrzej: **Przyczynek do kazuistyki schorzeń trzustki** Szczegółowe sprawozdanie klinicznego przebiegu i leczenia chirurgicznego 2 przypadków schorzeń trzustki: 1) zgorzeli, 2) torbieli rzekomej, pochodzenia urazowego. Podnosi trudności rozpoznawcze w pierwszym przypadku, gdy z początku sprawa miała przebieg łagodny i przewlekły, poczem nagle wystąpiły ciężkie objawy. W drugim, rozpoznawczo łatwiejszym, zastosowano sposób leczenia odmienny, niż powszechnie przyjęte. C. zastanawia się nad techniką operacyjną torbieli trzustki, zależną od usadowienia się torbieli.

15. Dengel L.: *Ze schorzeń trzustki.* Zwięzłe sprawozdanie z przebiegu i leczenia chirurgicznego 7 przypadków ostrej zgorzeli trzustki i 3 przyp. torbieli trzustki, operowanych w ostatnich latach na klin. chir. krak. Przyczyny powstania cierpienia, przebieg wraz z wskazówkami co do wczesnego rozpoznania i leczenia chorób trzustki.

16. Rodziński: **Kilka uwag z chirurgji trzustki.** Wyniki doświadczeń na psach, jak się zachowuje trzustka po częściowem wycięciu i jak należy zaopatrywać kikut jej. Wszycie do żołądka trzustki powoduje zupełny zanik jej miąższu z pozostawieniem wysepek Langerhansa. Czynności trawiennej żołądka nie oparły się w dalszym ciągu ani śledziona ani wątroba. Trzustka wszyta w powłoki brzuszne ulegała zanikowi; zeszycie jednego końca trzustki z drugim miało w następstwie daleko idący zanik. Tylko wszycie w jelito daje jeszcze jaki taki obraz miąższu, który pozwala myśleć o funkcji tego odcinka; we wszystkich innych przypadkach jest strata dla ustroju, jeżeli chodzi o wydzielinę narządu. Sprawa pokrycia kikuta przedstawia się najpomyślniej, jeżeli użyjemy do tego sieci, tego jakby »żandarma« jamy brzusznej. R. przecinał trzustkę podłużnie, wsadzał sieć w środek a jamę brzuszną zaszywał na głucho; i tu, jak w innych narządach, okazała się sieć doskonałym materjałem plastycznym do zamykania ran, albowiem zatykała ranę trzustki, umożliwiając wygojenie. W przypadkach kontrolnych, w których sieć usuwał, zwierzęta ginęły. Doradza więc na mocy swoich badań użycie sieci jako tamponady. Jak wykazały badania z uodparnianiem zwierząt trypsyną, jest martwica trzustki następstwem zadziałania produktów trypsyny na miąższ trzustki. Badania jałowości soku trzustkowego mówią, że nie drobnoustroje (proteus, prątek okrężnicy), lecz produkty wydzielnicze samej trzustki działają toksycznie. Zwierzęta, którym wszczepiano do jamy brzusznej trzustkę, na którą zadziałał jodalkohol nie ginęły, u wszystkich innych natomiast wskutek tego następował skon. Bakterji okrężnicy należy przypisać większą rolę przy wywieraniu fatalnych skutków po wszyciu trzustki do jamy brzusznej, niżby mogło się zdawać.

Rozprawy.

Zawadzki. Wspomina o spostrzeżeniach Judta, że układ anatomiczny nie sprzyja zakażeniu trzustki drogą przewodów żółciowych; zakażenie idzie drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych, ponieważ istnieje związek pomiędzy naczyniami przewodu żółciowego i główki trzustki (Deawer). Objaw Gray-Turnera t. j. plamy sinawe, nieco wyniosłe, w okolicy pępka lub lędźwi, wskazuje niekiedy na ostre zapalenie trzustki. Wpuszczenie adrenaliny do worka łzowego (Loewy), lub próba z kwa-

sem tributyrowym atoksylu (Rona), pomagają do rozpoznania; próba Cammidgea jest zawodna. Z. przy kamicy trzustki i torbieli zrobił pankreatostomję.

Z. składa referat Pompera o 8 przypadkach własnych schorzeń trzustki.

Pomper: Sprawozdanie o przypadkach schorzeń trzustki oddziału chirurgicznego na Pradze w Warszawie (dr. Zawadzki), z podniesieniem cech, umożliwiających ścisłe rozpoznanie, jakoteż zwrócenie szczególniejszej uwagi na łączność ze sprawami zapalnemi dróg żółciowych. Omówienie leczenia z uwzględnieniem sączkowania przy sprawach zapalnych trzustki.

Dziembowski: Wspomina o gośćcu stawowym jako czynniku etjologicznym w zapaleniach trzustki przewlekłych, na tle septycznem. Pokaz preparatu kamicy żółciowej, powikłanej ropniem trzustki.

Schramm: Rzadszy jest przypadek, że rozpoznanie opiewa: torbiel trzustki—a operacja wykaże co innego. Tak się miała rzecz u chorej z torbielą przewodu żółciowego wspólnego, rozwiniętą zaotrzewnowo, wielkości głowy ludzkiej. Doświadczenia Rodzińskiego o znaczeniu sieci, jako materjale do tamponowania, są tego rodzaju, że skorzysta z sieci przy zranieniu operacyjnem trzustki n. p. przy wycięciu raka żołądka, przechodzącego na trzustkę.

Goldsztajn: Wzmianka o 6 przypadkach pomyślnie operowanych torbieli trzustki wrzekomych, powstałych po urazie niekiedy w kilka lat po nim. W jednym przypadku nastąpiło zwyrodnienie rakowate. G. otwierał torbiel dwuczasowo, by ustrzedz jamę brzuszną przed zakażeniem treścią trzustki. Podnosi znaczenie wywiadów i bardzo dokładnego badania klinicznego, dla rozpoznania tego cierpienia.

Szarecki: Operował 5 przypadków, w tem 3 torbieli trzustki a 2 *cystae haemorrhagicae pancreatis*. W ostrych cierpieniach, charakterystyka podana przez niego, umożliwia szybkie rozpoznanie i natychmiastowe operowanie, czemu zawdzięcza dobre wyniki. Trzustkę sączkuje, o ile nie da się usunąć całego worka torbieli. Przy laparotomjach na drogach żółciowych, żołądku, dwunastnicy, należy, jeżeli tylko możliwe, zbadać okolicę trzustki.

Sawicki: Doradza drogę od strony lędźwiowej przy ropniach trzustki, po odłuszczeniu otrzewny od dolnego, tylnego, lewego odcinka przepony, podnosząc wiele ciekawych szczegółów rozpoznawczych, przed i podczas operacji i dalszego przebiegu choroby.

Sokołowski: Zapytuje kol. Rodzińskiego, jakich płatów, czy wolnych, czy pozostających w łączności ze siecią, używał do pokrywania trzustki?

Rodziński: Zaznacza, że wolne płaty sieci nie przyjmowały się.

Lewenstern: Opisuje przypadek, który rzuca światło na stosunek schorzeń trzustki do schorzeń dróg żółciowych. Przed rokiem pierwsza operacja zespolenia z powodu wrzodu trawiennego, bez poprawy co do bólów, poczem dołączyła się żółtaczka. Podczas drugiego zabiegu operacyjnego przed 3. tygodniami, stwierdzono ciężkie schorzenie trzustki oraz świeże schorzenie pęcherzyka żółciowego. Stąd wniosek, że bywają przypadki, w których cierpienie dróg żółciowych jest nie przyczyną, lecz skutkiem zajęcia trzustki, (ucisk jej tkanki na przewód wspólny żółciowy i zatrzymanie żółci). Zbyt rozległe uwzględnianie w chirurgji jamy brzusznej patologji tego narządu, może prowadzić do jeszcze częstszych omyłek rozpoznawczych.

Kryński: Wspomina o pierwszym w Polsce, a jednym z pierwszych w piśmiennictwie powszechnem, przypadku torbieli trzustki, operowanej szczęśliwie przed przeszło 30-tu laty, na klinice prof. Rydygiera w Krakowie, z wszyciem ściany torbieli do powłok. Pomarszczenie szwami ściany torbieli, o ile się da, przyczynia się do rychlejszego zagojenia się, zresztą długotrwałej, przykrej przetoki.

Tomaszewicz: Zwraca uwagę na inną jeszcze postać chorobową trzustki, na raka brodaweczki dwunastnicy; omawia stronę kliniczną na podstawie usuniętego guza przez nacięcie przedniej ściany dwunastnicy i wszycie przewodu Wirsunga do tylnej jej ściany; wyzdrowienie.

Szerszyński: Proponuje w przypadkach przetoki żółciowej, nie poddającej się leczeniu: 1) wyodrębnienie jednego końca jelita, 2) przewleczenie tego odcinka pod skórą w sąsiedztwo otworu przetoki, 3) zespolenie kanału przetoki ze światłem jelita, zapomocą rurki gumowej.

Schramm: Uważa radę kol. Szerszyńskiego za słuszną; co się zaś tyczy zmniejszania jamy torbieli trzustki szwami, szycie w głębi na ślepo i osobne otwieranie jamy otrzewnowej, naraziłoby chorego na zbyt ciężkie niebezpieczeństwo.

Kiełkiewicz: Przytacza przypadek, rozpoznany jako ropne zapalenie woreczka żółciowego, w rzeczywistości guz trzustki zapalny, zrośnięty z wątrobą, żołądkiem i dwunastnicą. Jamę brzuszną zaszyto, a po 9 dniach przepękł ropień trzustki w górnej części rany operacyjnej. Samorzutne wyleczenie nastąpiło po sączkowaniu jamy; powikłaniem było lewostronne zapalenie opłucnej, wyleczone otwarciem przez wycięcie dwóch kawałków żebra.

Sawicki: Nie sądzi, ażeby łączenie ściany torbieli szwami prowadziło do celu, ponieważ przy wielokomorowych torbielach nie będzie to miało znaczenia, a przy jednokomorowej, nie pomoże zmniejszanie powierzchni pokrytej nabłonkiem, wydzielającym treść trzustkową.

Kryński: Szwy dają szanse zrostów a zrosty przyczyniają się do skrócenia czasu leczenia, o co właśnie tu chodzi.

17. Dziembowski Zygmunt. (Temat programowy). **Chirurgja śledziony.** Chirurgji zawdzięczamy wyjaśnienie fizjologji i patologji śledziony. Wycięcie śledziony daje wyleczenie przy żółtaczce hemolitycznej; wycięcie jej przy niedokrewności złośliwej, połączonej z rozpadem krwinek, daje wyniki dobre, lecz nie trwałe. W pewnych razach leczy wycięcie przypadki *anaemia aplastica, trombocytopenia intermittens* i *perpetua*, wywołane jakby przez wpływ ujemny hormonów śledziony na szpik kostny. Wycięcie pomaga też w postaci przerostowej marskości wątroby, gdzie zmiany pierwotne dają się wykryć w śledzionie. Tu zabieg operacyjny spotyka trudności w potężnych zrostach dookoła śledziony. Leczenie ostrego zaniku wątroby daje wyniki niejednolite po splenektomji. Doskonałe wyniki mamy przy splenomegalji typu Bantiego po wycięciu tego narządu. To samo wskazanie lecznicze daje splenomegalja typu Gauchera vel Schlagenhaufera; lymphogranulomatosis nie stanowi pola do leczenia chirurgicznego. Wiele przypadków zaliczanych do m. Banti, stanowi postać odrębną, mianowicie pierwotny zakrzep żyły śledzionowej; oprócz powiększenia śledziony są tu krwotoki żołądkowo-kiszkowe, spowodowane zastojem żylnym. Usuwanie śledziony w białaczce pomaga tylko jako zabieg usuwający ucisk powiększonego narządu na sąsiednie narządy. Naświetlanie śledziony jest godne polecenia; posocznica, ciężka zimnica nie dają po usunięciu śledziony pewniejszych wyników. Wszystkie rodzaje nowotworów śledziony, bąblowiec, ropień, gruźlica, zranienia, pęknięcia, nadmierna ruchomość śledziony, leczy doszczętnie i pewnie tylko całkowite usunięcie śledziony. Zdolność śledziony odradzania się z najmniejszych cząstek pozostawionych na miejscu, jest nadzwyczajna. Usunięcie śledziony pociąga za sobą tylko zjawienie się w krwi czerwonych krwinek jądrzastych, jakoteż ciałek Jolly'ego, a wycięcie śledziony zdrowej, znosi zdrowy ustrój doskonale.

16. Kowalski Władysław: **Morfologiczne podstawy przyśpieszonego krzepnięcia krwi przy naświetlaniu śledziony promieniami Roentgena.** Praca doświadczalna na psach, którym odsłaniał śledzionę przed naświetlaniem. Na preparatach zauważył, że komórki miazgi i limfocyty śledziony wykazywały pewien rozpad jąder; śródbłonek naczyń i zatok żylnych śledziony nie był płaski, ale był nadęty, o nieregularnych zarysach, wypuklający się do światła naczyń, które przez to przypominały przewód gruczołowy. Bliską prawdy jest myśl, że ściana naczynia nie jest tylko rurą, w której płynie krew, ale, że jej śródbłonek bierze udział w przerabianiu krwi. Po naświetlaniu były komórki układu śródbłonkowo siateczkowego w stanie podrażnienia, nabrzmiałe nieregularnie i okrągławe. Komórki mezenchymu, do którego należą i komórki układu śródbłonkowo-siateczkowego, występują zawsze w ustroju w stanie czynnym, gdy chodzi o cele obronne. W doświadczeniach dalszych nad zachowaniem się układu śródbłonkowo-siateczkowego w innych narządach ustroju n. p. wątrobie i dużych naczyniach po naświetlaniu, dochodzi autor do wniosku, że śledziona w regulacji mechanizmu krzepnięcia krwi nie ma wyłącznego znaczenia. Krzepnięcie zależne jest od układu śródbłonkowo-siateczkowego, a po usunięciu śledziony buja on tem bardziej w wątrobie. Najpraktyczniejszym sposobem do wzmożenia krzepliwości krwi, będzie i nadal naświetlanie śledziony, ponieważ ona więcej, jak każdy inny narząd, posiada komórek endoteljalnych skupionych na względnie małej przestrzeni. Komórka siateczki jest komórką macierzystą zaczynu włóknikowego enzymu proteolitycznego, który stwarza w surowicy krwi warunki dogodne do przejścia zawiesiny koloidalnej fibrynogenu ze stanu płynnego w stan stężony. Wydzielina komórek śródbłonkowych jest katalizatorem zaczynu włóknikowego. Akcja krzepnienia powstaje przy działaniu profermentu z katalizatorem, w obecności jonów Na i Ca. Działanie naświetlania nie występuje w przypadkach, w których układ śródbłonkowo-siateczkowy jest upośledzony, albo już zarodkowo mniej wartościowy i niedokształcony, jak to ma miejsce w tych chorobach krwi, które Frank zebrał pod nazwą aleukia.

Rozprawy.

Kryński: Chirurgja śledziony nosi w sobie pewien element tragiczny dla umysłu chirurga, bo otrzymujemy wynik pomyślny po wycięciu śledziony w tylu rodzajach chorób i nie umiemy sobie wytłumaczyć działania tego zabiegu; nie znamy też roli fizjologicznej śledziony w ustroju. Chirurgowi musi jednak przyświecać nadzieja, że w tym kierunku, jak w wielu innych, chirurgja przyczyni się do wyjaśnienia ciemnej w nauce roli tego narządu.

Lewenstern E.: Z kazuistyki chirurgji śledziony; wyleczenie złośliwej niedokrewności przez wycięcie śledziony.

Kryński: W pracy Kowalskiego widzi ważny przyczynek do leczenia nieoperacyjnego stosownych przypadków cierpienia śledziony.

Szper: Podaje historję choroby 36-letniego rolnika z dolegliwościami brzusznemi, zmarłego wkrótce po przywiezieniu na oddział dr. Ciechomskiego. Sekcja wykazała znaczne

powiększenie śledziony, zwężenie światła żyły wrotnej i zaczopowanie tej żyły i żył doprowadzających.

Tomaszewicz: Podaje wywiady, stan obecny, sposób operowania i przebieg pooperacyjny 8 własnych przypadków schorzeń śledziony: bąblowca, splenomegalji typu Gaucher, białaczki, (3) choroby Bantiego, (w jednym była w rzeczywistości lues lienis). Splenomegalję urazową z bliznami na wnękowej powierzchni śledziony, T. zostawił.

Zawadzki: Wspomina o 5 przypadkach ran postrzałowych lub kłutych śledziony. Ostatni przypadek, ciekawy z powodu pęknięcia zdrowej śledziony u chłopca 6-cio letniego, który spadł na brzuch na poręcz schodową. Śledziona była pęknięta na 3 części; było nadto pęknięcie przepony. Po usunięciu śledziony była znaczna hyperleukocytoza.

Ciechomski: Przypomina fakt, że polak Schmidt, skromny lekarz m. Zwolenia usunął z wynikiem pomyślnym wypadniętą śledzionę, przy ranie kłutej. Przerobił tę operację na 6 psach, które wszystkie wyzdrowiały; fakt ten świadczy chlubnie o polskiej pracy lekarskiej już w dawnych czasach.

Goldsztajn: Podaje wyniki 7 splenektomji z powodu trombocytopenji, żółtaczki hemolitycznej i marskości przerostowej wątroby, przysłanych po dokładnem zbadaniu klinicznohematologicznem przez doc. Kleina. Marskość wątroby dawała tylko poprawę; u chorej ze skręceniem śledziony, które rozpoznano jako guza nerki, usunięto śledzionę cięciem lędźwiowem.

Sokołowski: Porusza sprawę objawów w żółtaczce hemolitycznej, która niekiedy daje objawy kolki żółciowej i może skusić do cholecystektomji, oczywiście bez wyniku dla choroby zasadniczej.

Leńko: Chirurgja jamy brzusznej, zwłaszcza chorób trzustki i śledziony, znajduje pomoc w pyelografji i pneumoradjografji, które przez pewne rozpoznanie cierpienia nerkowego, tem samem pomagają wykluczyć cierpienie tamtych prawidłowych narządów.

Ostrowski: Opisuje 3 przypadki wycięcia śledziony, 1 wskutek niedokrewności złośliwej, 1 wskutek rany postrzałowej żołądka i rozbicia śledziony, 1 wskutek objawów przemawiających za m. Banti. Obraz mikroskopowy był całkiem typowy dla tej choroby; wraz z obrazem klinicznym przemawiał najbardziej za zaczopowaniem żyły śledzionowej, opisanem przez Dziembowskiego.

Schramm: Stwierdza, że wskazania operacyjne przy urazach śledziony są jasne i niewątpliwe, natomiast przy patologicznie zmienionych śledzionach są jeszcze niezupełnie ustalone, a możebność wyleczenia radykalnego zapomocą usunięcia śledziony nie jest jeszcze dostatecznie pewna.

20. Rutkowski Jerzy: **Izoaglutyniny ustroju w stanie zdrowia i choroby.** Wykrycie aglutynin w krwi w obrębie tego samego gatunku posiada dla człowieka wielkie znaczenie n. p. w przetaczaniu krwi, które podnosi zawartość hemoglobiny i czerwonych ciałek. R. poszukiwał izoaglutynin w przesiękach i wysiękach; poszukiwania u zdrowych i u chorych wypadły ujemnie.

IV. Posiedzenie 11. VII. 1924.

Asesorami byli: Szarecki (Warszawa), Parczewski (Poznań).

21. Niedźwiedzki: Sprawozdanie o wyniku pracy prof. Józefa Ziemackiego (Wilno), p. t. **Patogeneza gruźliczych ropni opadowych.** Ropnie gruźlicze opadowe powstają wskutek przerwania się naczyń chłonnych lub też gruczołu, którego otoczka pękła. Biały obrzęk pochodzi od zatkania naczyń chłonnych oraz gruczołów. Chłonka w naczyniach i gruczołach chłonnych krzepnie pod wpływem toksyn gruźliczych. Tym sposobem należy wyjaśnić ropnie opadowe, które zawierają wielką ilość pepsyny. Jeżeli pochodzenie ropni opadowych przez aneuryzmatyczne przerwanie naczyń chłonnych zostanie potwierdzone, to w takim razie teorję tę chce Ziemacki nazwać »teorją polską patogenezy ropni opadowych«, na pamiątkę powstania Uniwersytetu Wileńskiego.

22. Nowicki S. **Znaczenie dróg krwionośnych dla powstawania zakażeń ropnych kości.** Przez podwiązanie odprowadzającej żyły i zakażenie przez tętnicę na kończynie, ograniczał N. zakażenie do kończyny, by wywołać doświadczalnie osteomyelitis, co pozwalało na planowe umiejscowienie i badanie zmian. Doświadczenia wykonał z gronkowcem złocistym na 90 królikach i 43 psach. Otrzymywał obrazy rzeczywistego zapalenia szpiku kostnego. Niszczenie różnych odcinków kości i jej unaczynienia, zwolnienie krwiobiegu, nie miało większego znaczenia dla sprawy, podobnie uraz pozostawał bez wpływu na usadowienie. Uszkodzenie okostnej i jej naczyń, wpływało na położenie zmian martwiczych i nagromadzanie się w pewnem miejscu drobnoustrojów. Wogóle usadowienie się drobnoustrojów w naczyniach okostnej jest więcej stałe, aniżeli w innych naczyniach. Wstrzyknięcie prątków do żyły kończyny podwiązanej, nie sprowadza objawów osteomyelitis. Zakażenie małej jamy szpikowej i równoczesne rozwarcie jej naczyń, nie sprowadza choroby zakaźnej, tylko zmiany niewielkie miejscowe. W prawidłowym szpiku zwierząt i ludzi, często stwierdzić możemy bakterjologicznie drobnoustroje.

23. Nowicki S. Pokaz preparatu guza gruźliczego mózgu.

Rozprawy.

Kryński. Badania kol. Nowickiego przypominają mu własne nad etjologją ostrych zapaleń ropnych wogóle a więc i osteomyelitis acuta. Samo wprowadzenie do krwiobiegu drobnoustrojów, jak *staphylococcus pyogenes aureus*, prawie nie daje szans do wywołania zapalenia w szpiku kostnym, gdyż brak tu czynnika, któryby osiedlił drobnoustroje w szpiku. Pomocniczo działają tu wszystkie czynniki, uszkadzające tkanki w danem miejscu, a więc zmniejszające odporność ich wobec krążącej infekcji. W swoich doświadczeniach otrzymywał najpewniejsze wyniki po stłuczeniu mocnem kości zwierząt, zwłaszcza młodych, w miejscu połączenia nasady kości z trzonem.

Zawadzki A.: W pracy Nowickiego widzi Z. potwierdzenie zdania o specyficzności drobnoustrojów, pod względem wywoływania pewnej choroby w danym narządzie. Dlatego stosuje autowakcyny i ma lepsze wyniki, niż gdy pracował sztandarowemi szczepionkami.

Nowicki S. W doświadczeniach swoich nie mógł znaleźć potwierdzenia dla teorji urazowego usadowiania się drobnoustrojów w szpiku kostnym.

24. Gruca i Czernecka. **Pirquetyzacja w gruźlicy chirurgicznej.** Na podstawie przeszło 70 przypadków gruźlicy chirurgicznej, leczonych szczepionkami tuberkuliny »przez skórę« śródskórnie, sposobem nieco zmienionym. Zaczynali od zwykłej próby Pirqueta, robiąc na dwóch punktach dwa nacięcia powierzchowne, długości 1 cm przez tuberkulinę, prócz nacięcia kontrolnego; później robili nacięcia 4 cm dług. i t. d. aż do 64 cm (przeważnie). Po dawkach zwiększanych co kilka dni, stwierdzili dodatni wpływ, zwłaszcza na gruźlicę w częściach miękkich, przedewszystkiem gruczołową. W ten sposób leczone postacie chorobowe z przetokami goiły się lepiej niż zamknięte.

25. Krauss A. **O odczynie Botellha u zdrowych i u chorych na raka.** Zestawienie 100 przypadków zachowania się próby wobec różnych form i rodzajów raka, przed i po operacji. Próba jest bez większego znaczenia, z wyjątkiem, gdy chodzi o raki pochodzenia nabłonkowo-cylindrycznego, w których może dać pewną pomoc w djagnostyce.

Rozprawy.

Kowalski Wł. Przy swoich próbach z odczynem Botellha, nie miał zachęcających wyników. Botellho podał ulepszenie swojej próby, ale i ta nie dała K. lepszych wyników.

29. Cieszyński. **O technice znieczulenia nerwu trójdzielnego.** (Rzecz będzie ogłoszona obszernie w Pamiętniku Zjazdu Chirurgów).

Rozprawy.

Kryński: Wstrzykiwanie alkoholu celem leczenia nerwobólu nerwu trójdzielnego, stosuje od lat 14-tu. Jako postępowanie zasadnicze, uważa wstrzykiwanie do *foramen rotundum* i *foramen ovale*, według Schloessera, co dało mu wyniki wcale dobre.

Schramm: Uważa alkohol za środek nieobojętny, który może spowodować znaczne szkody; oznaczenie jak najdokładniejsze punktu wstrzyknięcia jest pożądane.

Rutkowski J.: Zaczyna od zastrzyknięć obwodowych, do głębszych przechodzi w razie niepowodzenia z obwodowego. Nie stosuje nowokainy, ażeby nie rozcieńczać wyskoku.

Zawadzki A.: Zastrzykiwał alkohol do zwoju Gassera przez otwór owalny w przeszło 25 przypadkach. Gdy ma się zupełną pewność, gdzie znajduje się koniec igły, można zastrzykiwać alkohol.

Cieszyński: Prof. Schramm uzupełnił wykład jego wywodami, które odpowiadają zapatrywaniom C. Podanego przez siebie wstrzykiwania nowokainy w celach rozpoznawczych zaniechał w czasach ostatnich, ponieważ metoda nie jest dokładna i trzeba za długo czekać, jeżeli alkohol nie ma być zanadto rozwodniony. Nie jest zwolennikiem wstrzykiwania do zwoju Gassera, zaraz na pierwszem posiedzeniu, ponieważ wielki odsetek przypadków rwy nerwu trójdzielnego wyleczyć można injekcjami obwodowemi. Wyniki injekcji do zwoju Gassera, którą sam C. bardzo dokładnie opracował, są bardzo efektowne, nie brak im jednak stron ujemnych, o których mówił już prof. Schramm

27. Waygiel E. Pokazuje na przyrządzie własnego pomysłu **sposób bezgałnego szwu jelitowego**, umożliwiającego otwarcie światła jelita dopiero po zespoleniu, zapomocą nożyków, które przecinają wówczas ścianę obu odcinków jelita, przyłożonych do siebie i nitkę wiążącą.

28. Kożuchowski Tomasz: **Rozważania nad operacją Albeego na podstawie 52 przypadków własnych;** jeżeli tylko ogólny stan odżywienia jest dobry, każdy wiek daje jednakowo dobre wyniki po operacji, zwłaszcza latem. Jeżeli kręgi są chore nawet w kilku miejscach, lub kilka kręgów jest gruźlicą zajętych, operować można choćby w wieku późnym, w którym jednak dłużej trzeba czekać na wynik pomyślny. Korzyścią zabiegu jest wywołanie przekrwienia w chorych kręgach, dzięki czemu ustępuje stan zapalny opon i zależny od niego ból.

29. Sokołowski Tadeusz: **Usztywnienie stawu kolanowego zapomocą wszczepienia beleczki kostnej i omówienie wskazań do tej metody.** Po uwzględnieniu piśmiennictwa własnego i obcego, omawia S. przypadek własny i opisuje zastosowanie oryginalnej techniki, przy złamaniu patologicznem uda i wy-

tworzeniu się stawu rzekomego. Resekcja była niewykonalna wobec zajęcia nasady kości; S. wszczepił dwie beleczki kostne z piszczeli, po wydłutowaniu odpowiednich rowków i osiągnął powoli zupełne usztywnienie stawu kolanowego.

30. Hilarowicz H.: **Modyfikacja sposobu Pels-Leusdena** pokrywania ubytków skóry zapomocą używania gąszczu nabłonkowego. Nieco zmieniony ten sposób autora polega na tem, że na granicy dna owrzodzenia i skóry, wkłuwa płasko wąski nożyk, zagłębiając go na kilka mm w samym brzegu skórnym i w samej skórze, pomiędzy nabłonkiem a corium i napełnia zrobionych kilka kieszonek, możliwie suchą miazgą gąszczu nabłonkowego. H. omawia histoanatomję rozrostu nabłonka zaszczepionego i teorje z tem związane.

31. Saidman: **Przyczynek doświadczalny do chirurgji przełyku.** Badania dotyczą doświadczeń na zwłokach co do zastąpienia przełyku sposobem Kirschnera, zapomocą całkowitego przemieszczenia żołądka pod skórą klatki piersiowej, dla bezpośredniego połączenia żołądka z przełykiem bez wstawek; Kümmel wprowadził drogę śródpiersiową. S. wykonał cały szereg prób na zwłokach i odniósł dotychczas wrażenie, że śródpiersiowe przemieszczenie żołądka jest technicznie wykonalne, że operacja taka jest znacznie prostsza od dotychczasowych zabiegów tego rodzaju, że udaje się szyjną część przełyku złączyć bezpośrednio z żołądkiem podczas jednorazowego zabiegu, co ma bardzo wielkie znaczenie. Wreszcie: zastosowanie całkowitego przemieszczenia żołądka, otwiera nam drogi do poszukiwań sposobów doszczętnego leczenia raka przełyku.

Rozprawy.

Schramm. Przypomina doświadczenia Waygla, robione na klin. chir. lw., ogłoszone na przeszłym zjeździe, tyczące się również i operacji Kirschnera. Z doświadczeń tych wynika, że podwiązanie licznych naczyń naraża na niebezpieczeństwo odżywianie ścian żołądka, zwłaszcza na dnie. Z tego powodu jest nieprawdopodobnem, ażeby operacja Kirschnera zajęła stałe miejsce w sz regu operacji przy zwężeniach i nowotworach przełyku.

32. Parczewski. **Pokaz ciał obcych i omówienie przypadku** połknięcia z chlebem przez więźnia, w celu samobójczym, razem 20 kawałków żelaza, drewna, szkła. Mniejsze kawałki odeszły drogą naturalną; haki, grube druty skręcone, do 18 cm dług., razem około 300 gr wagi, pozostały blizko 5 mies. bez większych dolegliwości dla chorego, któremu z tego powodu nie wierzono, ażeby to zrobił. Część ciał obcych wyjął P. z żołądka (II. 1924. r.) przy pierwszej operacji, zaś inne dopiero z jelita grubego, zmienionego wskutek przebytego zapalenia wyrostka robaczkowego, gdy promienie Roentgena je nakoniec wykazały.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.

Pomimo niezmiernie ciężkich warunków chwili obecnej, szczególniej trudnych do przetrwania dla czasopism o charakterze naukowym, ukazał się trzeci numer Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej wychodzącego pod redakcją prof. dr. Glużińskiego. Obszerny ten zeszyt zawierający około 200 stron druku zawiera szereg prac teoretycznych i praktycznych, poświęconych najbardziej aktualnym zagadnieniom z dziedziny medycyny wewnętrznej w dobie obecnej. Treść zeszytu, którą stanowi w większej części dorobek naukowy klinik uniwersytetów Lwowskiego, Krakowskiego i Warszawskiego, jest dowodem jak żywotną, jak rwącą się do pracy jest myśl naukowa lekarzy polskich, jak żywe ich zainteresowanie zagadnieniami praktycznemi, mogącemi ulżyć ciężkiej doli chorych. Nie należy zapominać, że rozwój pracy naukowej wśród lekarzy internistów, stanowiących ogromną ilość lekarzy, ma doniosłe znaczenie dla życia społecznego i praktycznego. Teoretyczne zgłębienie przyczyn zmian chorobowych ustroju, rozpoznanie wszystkich okoliczności im towarzyszących, poznanie procesów chorobowych i procesów zdrowienia, zdające się stać tak daleko od codziennego życia lekarza praktyka, jednakże pogłębia jego myśl, odrywa od zabójczej dla każdego umysłu rutyny, zaostrza zmysł obserwacji. W rezultacie wszystkie te czynniki rozszerzają jego zdolność pomocy, czynią jego pracę bardziej wydajną i skuteczną, zwiększają wartość społeczną jego usiłowań. Jednakże nie mówiąc już o czysto praktycznym znaczeniu Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, ma ona także wpływ doniosły na twórczość naukową polską. Do czasu pojawienia się Archiwum twórczość i praca naukowa wśród lekarzy polskich, pomimo podziwu godnych wysiłków jednostek prywatnych, była jednak zahamowaną brakiem organu obszerniejszego, któryby te prace zamieszczał. Prace drukowane w Rocznikach Akademji Umiejętności z samej natury tego wydawnictwa musiały być specjalnie dobierane i pojawiały się rzadko. Dopiero pojawienie się Archiwum, wydawnictwa obszerniejszego poświęconego zagadnieniom nietylko teoretycznym, ale i praktycznym z dziedziny Medycyny Wewnętrznej i nauk pokrewnych umożliwiło druk prac o większym zakresie i zachęciło do prac dalszych. Należy zaznaczyć, że dotychczas naukowo pracujący lekarze polscy zmuszeni byli szukać gościny w redakcjach czasopism obcych. Radosnym też objawem, dowodem jak potrzebny był własny organ naukowy, jest wielka ilość prac napływających do redakcji od chwili stworzenia pisma. Ponadto, ponieważ pomieszcza skróty prac w języku francuskim, stało się Archiwum i wobec zagranicy wyrazicielem pracy naukowej lekarzy polskich i coraz liczniej napływają z Francji, z Włoch etc. zapytania o to wydawnictwo, coraz chętniej godzą się poważne wydawnictwa na zamianę egzemplarzy. Jak doniosłe znaczenie ogólno-państwowe posiada tego rodzaju propaganda, rozumie każden co zna choć trochę stosunki zagraniczne, kto zna podobne wysiłki państw innych, jak n. p. Czechosłowacji. Tylko drogą propagandy naukowej, dochodzącej do umysłowej elity, do specjalistów, nie zajmujących się sprawami ogólnej polityki, można zapoznać zagranicę z umysłową kulturą Polski, z jej dorobkiem naukowym, z jej wartością dla ogólno-ludzkiego wysiłku dążącego do poznania prawdy, do pomocy cierpiącej ludzkości. Tylko dzięki temu, że dotychczas tego rodzaju propaganda była zaniedbaną, należy przypisać ogólną nieznajomość, często nawet niechęć do kultury polskiej zagranicą.

Wydawcą Archiwum jest niedawno zorganizowane T-wo Internistów Polskich. Młode to Towarzysto wliczy już około 300 członków w całej Polsce. Niestety jest to w stosunku do ogólnej ilości lekarzy internistów i praktyków liczba znikoma, należy jednak przypuszczać, że organizacja T-wa złożonego z poszczególnych autonomicznych kół, dozwalająca na samodzielny rozwój każdego koła, przyczyni się do powstania coraz większej ilości kół i do rozwoju coraz to żywotniejszej pracy w poszczególnych Kołach, których członkowie otrzymują bezpłatnie Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. Dotychczas dzięki staraniom profesorów Glużińskiego, Renckiego, Orłowskiego, Jezierskiego, Bądzyńskiego i Rzętkowskiego oraz drów Naramowskiego, Gosiewskiego, Nasiłowskiego, Brzezińskiego, Truszkowskiego, Burzyńskiego, Maszyńskiego i Rożkowskiego powstały Koła T-wa Internistów Polskich w Warszawie, Lwowie, Krakowie, Wilnie, Poznaniu, Zagłębiu Dąbrowskim, Częstochowie, Piotrkowie, Lublinie, Włocławku, Łodzi i Zakopanem, ponadto dzięki staraniom dr. Ostrowskiego organizują się podobne Koła w Ameryce.

Bezwątpienia Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej znajdzie poparcie szerszego ogółu lekarzy, które umożliwi istnienie i dalszy rozwój tego dla całego ogółu polskiego tak ważnego czasopisma, zaś zarządowi T-wa Internistów Polskich z jego niestrudzonym przewodniczącym, inicjatorem i redaktorem Archiwum, prof. drem Glużińskim na czele, należy się głęboka wdzięczność za podjęcie i wykonanie tak ciężkiego zadania.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Tow. Lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Drowi G. Grzybowskiemu z Krakowa za liczne i cenne książki i czasopisma ofiarowane Bibljotece.

Katowice.

Dnia 1. IX. b r. obchodziła klinika uszna »Spółki brackiej« w Katowicach 25-lecie swego istnienia. Równocześnie obchodził radca zdrowia p. dr. Ehrenfried swój 25-letni jubileusz jako lekarz-naczelny tejże kliniki.

Ogłoszenie.

Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej zwraca się do wszystkich polskich Towarzystw Lekarskich, tak naukowych, jak społecznych z prośbą o przysłanie pod adresem lwowskiej redakcji (ul. Piekarska 52) następujących dat statystycznych:

1) rok założenia Towarzystwa,

2) osoby założycieli,

3) majątek Towarzystwa (dany, zbiory, bibljoteki, fundacje naukowe lub dobroczynne, lecznice etc),

4) czy Towarzystwo było czynne nieprzerwanie w czasie ucisku zaborców i wielkiej wojny,

5) obecna ilość członków Towarzystwa,

6) skład Zarządu i adres Towarzystwa.

Wiadomości te będą w odpowiedni sposób zużytkowane w P. Gazecie Lekarskiej i przyczynią się do ożywienia ruchu między Towarzystwami oraz do ułatwienia wspólnych wystąpień w kraju i zagranicą. Termin ostateczny nadsyłania odpowiedzi: 1. listopada 1924.